

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Qual è la dose di immunoglobuline specifiche da somministrare ai nati da madre HbsAg positiva?

dott. Ignazio Franzese (pediatra)
San Gennarelli di Ottaviano (NA)

40 UI/kg di peso, somministrate entro 12 ore dalla nascita, in associazione con la prima dose di vaccino.

Quali sono le percentuali di positività dei prick test verso gli allergeni inalanti in bambini sintomatici nelle seguenti fasce di età: 1-3, 4-5 e 6-8 anni?

Sono le agglutinine a frigore specifiche della polmonite da *Mycoplasma* anche se non si ha la determinazione delle IgM specifiche?

dott. Michele Porrello (pediatra)
Sciacca (AG)

Le agglutinine a frigore sono specifiche della polmonite da *Mycoplasma*, e permettono una diagnosi di certezza anche in assenza della determinazione delle IgM specifiche.

Quali sono le percentuali di corrispondenza dei prick test ai RAST verso gli allergeni inalanti in bambini sintomatici nelle stesse fasce di età?

Pediatra di base

Non so darle percentuali precise. L'epitelio di gatto è il primo allergene a comparire, seguito a breve distanza dall'acaro della polvere e questi due rappresentano almeno il 90% delle positività fino ai 4-5 anni di età. Dopo questa età cominciano ad aumentare i bambini che risultano allergici ai pollini delle graminacee e della parietaria.

Raramente, peraltro, una prick-positività agli acari è sintomatica prima dei 4-5 anni (starnuti al risveglio) e, nel caso di quella verso i pollini, prima degli 8-10 an-

ni (oculorinite primaverile). Se si utilizzano estratti di qualità, la corrispondenza tra prick test e RAST è totale, anche se nelle iniziali, lievi positivizzazioni del bambino dei primi anni di età può succedere che il prick risulti positivo (in quanto più sensibile), e il RAST sia ancora negativo (e si positivizzi qualche mese o anno più tardi).

Vorrei un parere circa una bambina di 2 anni che da un anno presenta macchie rotondeggianti di piccolo diametro (quasi una lentichia), di colore marroncino, diffuse al volto e al tronco.

Sono pruriginose dopo sfregamento, e a volte anche spontaneamente. Le macchie, secondo la mamma, sarebbero comparse a distanza di qualche giorno dalla scomparsa dell'esantema della sesta malattia, e non avrebbero subito variazioni nel tempo.

Secondo un dermatologo consultato dai genitori, si tratterebbe di neurofibromatosi. Io sono convinto che si tratti di orticaria pigmentosa, anche se l'ho vista solo sui testis. Ho però visto circa una decina di neurofibromatosi e, francamente, in tutti i casi le macchie erano diverse da queste per forma, numero e dimensioni. Da segnalare che non c'è familiarità per neurofibromatosi fra gli ascendenti, e sono assenti macchie evocative in sede ascellare. Ho consigliato la biopsia cutanea presso un Centro Specialistico, anche se sono certo che le cose andranno molto per le lunghe, data la scarsa affidabilità della famiglia.

dott. Diego Cimino (pediatra di base)
Ragusa

In base alla descrizione si può senz'altro dire che le lesioni cutanee della bambina non hanno l'aspetto delle chiazze iperpigmentate che fanno parte del corredo sintomatologico della neurofibromatosi. L'aspetto di maculo-papule monomorfe bruno-rossicce diffuse, la comparsa di prurito, in particolare dopo lo sfregamento, fanno ritenere molto probabile la

diagnosi di mastocitosi nella sua forma più comune, che viene definita urticaria pigmentosa.

La localizzazione delle lesioni al tronco è la più frequente, mentre la localizzazione al viso è più rara. Come giustamente viene segnalato, le chiazze della neurofibromatosi, oltre alla frequente presenza di familiarità, hanno dimensioni maggiormente variabili, limiti molto netti, un colorito appunto "caffelatte" molto più uniforme e, se viste con lente di ingrandimento, non mostrano nessuna alterazione della normale struttura cutanea. Per confermare la diagnosi di mastocitosi non è quasi mai necessario eseguire un esame istologico da biopsia, poiché l'aspetto clinico è abbastanza caratteristico, e può essere fortemente confermato dalla comparsa, dopo sfregamento, di un ponfo orticarioide circondato da eritema, dovuto alla liberazione di istamina e forse di altri mediatori chimici dai mastociti presenti nella lesione cutanea. Questo evento viene definito segno di Darier, ed è presente nel 90% dei casi. Solo nelle forme più indeterminate e atipiche la biopsia è indicata. Tutte le forme di mastocitosi sono caratterizzate da un abnorme accumulo di mastociti, che predominano al campo microscopico; questo accumulo può essere caratterizzato da un infiltrato sparso perivascolare e periannessiale nel derma superficiale, o da aggregati più compatti, che fanno assumere ai mastociti un aspetto cuboide. I mastociti sono caratterizzati dalla presenza di granuli metacromatici nel loro citoplasma, che spesso non sono visibili alle colorazioni di routine, per cui se ne consiglia l'individuazione con l'uso di coloranti specifici (Giemsa, blu di metilene, blu di toluidina).

Come medico ospedaliero eseguo in Pronto Soccorso, con una certa frequenza, accertamenti di urgenza per bambini con iperpiressia, e riscontro non raramente dissociazioni tra PCR (elevata) e leucociti (il laboratorio di routine in urgenza non esegue la formula) normali,

o viceversa. Mi chiedo se ci può essere una spiegazione. Quali dei due parametri (bianchi o PCR) si eleva per primo all'esordio di una malattia infettiva?

dott. Giorgio Collo (pediatra ospedaliero)
Milano

La PCR si eleva in poche ore. I bianchi (polinucleati) forse in altrettanto tempo (ma possono anche calare!).

La PCR non è considerata nei protocolli statunitensi tra gli esami da utilizzare per definire se un bambino di meno di 3 anni con febbre alta, obiettività negativa, sia a rischio di sepsi. I bianchi totali che fanno classificare il bambino come a rischio sono ≥ 20.000 .

Personalmente credo che la PCR sia più sensibile e meno specifica.

Vorrei sapere in che cosa consiste il test della saccarina usato per lo studio del difetto del movimento ciliare e, inoltre, se questo test viene eseguito nei comuni laboratori di analisi cliniche.

Pediatra di base

Il test della saccarina valuta la clearance muco-ciliare, misurando il tempo che passa tra la deposizione di una particella di saccarina di 1 mm di diametro, posta a 1 cm dal bordo anteriore del turbinato inferiore, e il momento in cui il soggetto sente il gusto dolce sulla lingua. Si è scelta la saccarina perché è molto più dolce del saccarosio, e quindi apprezzabile anche in piccole quantità.

Durante l'esecuzione del test il paziente deve stare immobile, seduto, con la testa leggermente inclinata in avanti di circa 15° per impedire la caduta della particella di saccarina nella fossa nasale; inoltre non deve tossire, bere, mangiare, soffiarsi il naso.

Al paziente non deve essere rivelata la natura della particella; se non viene sentito alcun gusto dopo un'ora, il test viene sospeso, e si fa assaggiare un po' di saccarina per evitare che il risultato sia inficiato da un'eventuale ageusia. Il test va ripetuto il giorno dopo, con gli stessi accorgimenti. Come si può capire, il test non è difficile da eseguire, richiede però una discreta pratica dell'operatore che deve sapere come e dove mettere la particella di saccarina e, come per tutte le manualità, deve eseguirne parecchi. È importante anche costruirsi il proprio range di normalità: il nostro, su oltre 500

test, è di 8-32 minuti. Dato che il test richiede la collaborazione del paziente, è attendibile dopo i 7-8 anni.

Il test non viene eseguito, a quanto ne sappiamo, nei comuni laboratori di analisi: di solito sono gli pneumologi pediatri ad occuparsene. Per saperne di più consigliamo di leggere M.Canciani, G. Lungarella, "Le sindromi da dismotilità ciliare" (*Medico e Bambino* 8, 15-20, 1990).

Le confezioni farmaceutiche in fiale contenenti tra gli eccipienti fenolo possono avere controindicazioni in età pediatrica?

dott. Nicola Sacino (pediatra ospedaliero)
Barletta

Il fenolo è un prodotto chimico catalogato come tossico-nocivo.

Va manipolato usando guanti, occhiali, in ambienti ben aerati, o sotto cappa aspirante; le confezioni che portano stampato il simbolo della morte devono essere tenute ben chiuse, lontano dai bambini, al riparo della luce. Secondo il *Merck Index*, 11ª ed., la dose media letale per un adulto è di 15 g, anche se si sono registrati decessi a dosi di 1 g.

Il fenolo però è un antisettico e disinfettante attivo su germi Gram+ e Gram-, su alcuni funghi, su certi virus; è molto poco attivo sulle spore. Oggi non è più molto usato, anche se esistono ancora disinfettanti a base di miscele di fenoli, numerose pubblicazioni che attestano la sua validità, e vivaci sostenitori. Nell'industria farmaceutica il fenolo viene ancora utilizzato come conservante (non come eccipiente), anche se sembrerebbe ragionevole usare sostanze più "moderne". Le concentrazioni sono di circa 5 mg/ml in fiale di 2-4 ml (per arrivare a 1 g bisognerebbe iniettare al paziente 100 fiale!), quindi assolutamente lontani dalle dosi tossico-nocive.

La madre di due bambini da me assistiti è affetta da celiachia (diagnosi posta nell'aprile del 1998). Sia la primogenita di due anni che il secondogenito di nove mesi hanno crescita regolare, AGA ed EMA negativi, con IgA sieriche normali per l'età.

Vorrei sapere se è necessario ricontrattare periodicamente AGA ed EMA nei due bambini, e se sì, a quali intervalli e fino a che età. Oppure va comunque

praticata la biopsia intestinale? O ancora, non occorre più fare nulla?

dott. Antonio Opallo (pediatra)
Castello di Cisterna (NA)

La necessità/opportunità di eseguire lo screening della celiachia nei familiari deriva dal fatto che questi hanno un rischio stimabile attorno al 10-15% di essere celiaci, anche asintomatici (contro il 4% della probabilità dei non relazionati).

Non esiste un protocollo di comportamento accettato in una situazione come quella descritta.

L'età migliore per eseguire lo screening con gli anticorpi antiendomio (altissima sensibilità e specificità) è probabilmente intorno ai due anni, età in cui il consumo di glutine è sicuramente abbondante, sempre che prima non compaiano sintomi sospetti. A meno che non ci sia un deficit di IgA, la biopsia intestinale va eseguita solamente in casi di positività degli EMA.

Così facendo, è possibile perdere qualche celiaco, in quanto sono stati descritti in letteratura casi di EMA negativi con successiva positivizzazione anche in età adulta. Per una certezza bisognerebbe probabilmente ripetere gli EMA ogni due anni per tutta la vita: ma ne vale la pena?

Speriamo che tra qualche anno la genetica ci possa aiutare in modo definitivo.

Fimosi non serrata e scollamento manuale del prepuzio. Molti colleghi, non solo della vecchia scuola, ritengono utile effettuare questa manovra, soprattutto per ridurre la possibilità di infezioni urinarie: è giusto?

Fino a che età è lecito attendere la "risoluzione spontanea"?

Pediatra

Le aderenze balano-prepuziali dei primi anni di vita sono fisiologiche, il glande non può essere scoperto completamente, ma il meato prepuziale non è stenotico: non si tratta in altre parole di una fimosi.

Mi sorprende che ci siano ancora pediatri che non sanno che il prepuzio si libera spontaneamente (il più delle volte prima dell'età scolare) e che le manovre di scopertura forzata del glande sono sempre da condannare: il risultato è infatti quello di ottenere il sanguinamento, con successiva retrazione fibrotica locale,

causa frequente di fimosi cicatriziale vera e propria.

Vorrei sottoporre alla vostra attenzione un problema di ipotermia.

Conosco V. (8 anni) tre anni fa, in occasione di una broncopolmonite, verosimilmente da Mycoplasma, che tratto con claritromicina ottenendo una pronta risposta sulla tosse. Dopo circa un giorno compare però ipotermia con valori persistentemente < 35° (anche 34,2°), che mi obbligano a far ricoverare il bambino. L'ipotermia persiste in ospedale, finché non viene impostata una terapia cortisonica; contemporaneamente, essendo guarito dal fatto bronchiale, viene sospeso l'antibiotico, e resta il dubbio se l'ipotermia fosse dovuta all'agente microbico o al trattamento antibiotico.

Un immunologo consultato successivamente propende per la seconda ipotesi. In seguito mi capita di dover riproporre la claritromicina per un'altra affezione bronchiale, ottenendo quasi subito la comparsa dell'ipotermia, per cui viene sospeso il farmaco con ripresa della temperatura corporea. Intanto il bambino contrae il morbillo e la parotite con curve termiche assolutamente normali. In occasione di altri due o tre episodi flogistici a carico delle tonsille viene usata l'eritromicina che in passato, a detta dei genitori, non aveva mai prodotto questi disturbi; in effetti la cosa va bene all'inizio, poi il bambino comincia a ripresentare ipotermia, per cui sospendo il farmaco. Esiste l'ipotermia come effetto indesiderato di farmaci? Come si cura?

dott. Antonio Clemente (pediatra)
Roma

Nessuno di noi sapeva rispondere al quesito. Abbiamo fatto una ricerca su MEDLINE e abbiamo scoperto che esistono delle segnalazioni, anche se soltanto su riviste di difficile reperimento, di ipotermia associata ad assunzione di eritromicina e azitromicina (ma anche di penicillina e anfotericina B). Mi sembra che il caso descritto possa rientrare in questo fenomeno probabilmente "centrale" e che vede i macrolidi come protagonisti principali.

Personalmente non mi è mai capitato di osservarlo, ma magari, ora che lo so, presterò certamente maggior attenzione a questo singolare effetto negativo: non è escluso infatti che possa sfuggire, o

che non sempre il grado di ipotermia sia così marcato come nel caso da lei descritto. Ritengo che la cura sia quella di sospendere il farmaco e di riscaldare il paziente con mezzi fisici.

Un bambino di due anni e mezzo con allergia alle proteine del latte vaccino (RAST di classe 5°) viene messo a dieta e, dopo 6 mesi, ha il RAST di classe 1°-2°. Dopo un altro periodo di dieta decido di chiedere un prick per il latte. L'allergologo della ASL rifiuta di eseguire l'esame poiché secondo il suo parere andrebbe eseguito un ulteriore RAST. Ha ragione? Se sì, perché?

Pediatra di base

Prick test e RAST hanno pari sensibilità (o al limite il prick è più sensibile) e pertanto non c'è praticamente mai indicazione al RAST quando è disponibile il più semplice prick. Quindi l'allergologo non ha ragione di volere quell'esame.

Devo anche aggiungere però che, indipendentemente dalla sintomatologia allergica sofferta dal bambino, la reintroduzione del latte non deve essere guidata dal RAST o dal prick. Evidentemente se questo si negativizza è buon segno di avvenuta tolleranza, ma molto spesso, il più delle volte direi, il latte viene tollerato con un RAST ancora fortemente positivo. Il test in altre parole non deve essere il criterio per giudicare l'avvenuta "guarigione".

Come comportarsi di fronte a click articolari durante l'esecuzione della manovra di Ortolani-Borlow con segno dello scatto negativo?

dott. Michele Porrello (pediatra)
Sciacca (AG)

Se lo scatto è "innocente", non è necessario fare niente.