

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.

Una mia piccola paziente di un mese di vita presentava dalla nascita una piccola macchia rosa-rossastra piana, di circa 5 mm di diametro, alla radice del naso, scambiata da me e dai colleghi del Centro nascita per "angioma della linea mediana". Dopo due settimane si è però palesato un franco aspetto emangiomatico, che si estende verso l'estremità mediale del sopracciglio dx, dimensioni attuali 1 x 0,8 cm, spessore 1 mm circa. I genitori hanno chiesto una consulenza al dermatologo pediatra che ha confermato la diagnosi, consigliato la vigile attesa e prospettato il trattamento con propranololo in caso di peggioramento. Successivamente, gli "approfondimenti" via internet hanno spaventato i genitori che mi hanno chiesto se non fosse il caso di iniziare subito il trattamento. Io sono d'accordo con il collega dermatologo ma vi chiedo un'ulteriore conferma oppure un altro suggerimento.

dott. Sauro Baratta
Pediatra di famiglia, La Spezia

Gli emangiomi capillari aumentano di dimensioni nei primi 6-8 mesi di vita e poi regrediscono lentamente (anni). Considerando la sede dell'emangioma che è funzionalmente ed esteticamente disturbante, conviene cominciare il propranololo il prima possibile, perché l'efficacia sarà maggiore e si evita che i tessuti vengano modificati dalla lesione in crescita. Alle volte può capitare infatti che la regressione dell'emangioma non si accompagni a una completa *restitutio ad integrum* proprio perché la cute resta anelastica e fibrosa, soprattutto se rimasta tesa a lungo.

Un mio paziente, di circa 9 mesi, presenta, fin dai primi mesi di vita, "alvo diarroico" con 4-5 evacuazioni al giorno di feci sfornate quando non francamente liquide. Il bambino cresce bene (è al 75° centile per il peso e al 50° per la lunghezza) e si alimenta senza problemi (ha preso latte formulato esclusivo fino a 4-5

mesi e poi alimentazione libera). I disturbi intestinali stanno mettendo in crisi le maestre dell'asilo più ancora dei genitori, e si associano, sembrerebbe, a dolore prima dell'evacuazione. Ho proposto ai genitori (e all'asilo) la diagnosi di diarrea aspecifica del lattante (spesso sono presenti fra le feci muco e alimenti indigeriti), rassicurato e consigliato di limitare le fibre e non dare succhi di frutta. Devo ammettere che però la diagnosi non mi convince del tutto, ma la mia ritrosia a fare degli esami sul versante dell'allergia alimentare è dovuta anche alla necessità, da quel che mi risulta, di fare accertamenti quali i patch test, per l'immunità ritardata (che può rappresentare il meccanismo patogenetico dei disturbi), molto complessi da eseguire in un lattante. E poi per quali alimenti, se adesso il bambino mangia un po' di tutto? Leggevo inoltre che la dieta di eliminazione e il test di provocazione orale (TPO) sarebbero indispensabili per confermare la diagnosi. Certo mi riservo di cercare la celiachia oltre agli indici di flogosi, se e quando con i genitori decidessimo di fare esami ematici. Vorrei qualche suggerimento sul fronte diagnostico e dietetico

dott. Alberto Neri
Pediatra di libera scelta, Ferrara

Anche se un dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi non si nega a nessuno, la storia clinica del bambino (diarrea con pezzi di cibo e crescita ottima) rende la diagnosi di diarrea cronica aspecifica praticamente certa. Con queste caratteristiche cliniche non vanno nemmeno pensati accertamenti clinici, o strumentali, per escludere allergie o intolleranze alimentari e tanto meno i patch test che hanno deboli evidenze di utilità diagnostica anche nelle condizioni cliniche nelle quali sia riconosciuta un'allergia alimentare non IgE mediata. Mantenga pertanto una dieta assolutamente libera e con serena attesa che il disturbo rallenti con l'età. Il problema, in fin dei conti, è dovuto soltanto alla frequenza al nido, per le difficoltà a gestire un bambino che

scarica così frequentemente (tanti cambi di pannolino!). Aumentare la quota di grassi nei pasti può aiutare certamente a rallentare il transito intestinale (non di aiuto invece limitare le fibre). Infine, se il problema rimane veramente impegnativo, come sembra di capire, non è sbagliato nemmeno ricorrere a farmaci "adsorbenti" quali la colestiramina o meglio (perché più gradevole e utilizzabile senza particolari limitazioni) il Diosmectal (1 bustina suddivisa in due-tre volte al giorno).

Pochi dei miei pazienti allergici scelgono la difficile strada della immunoterapia specifica (ITS), visto che stanno in genere bene con la terapia medica. Mi sono quindi stupito vedendo che un ragazzo di 12 anni asmatico, rinitico e con eczema atopico ancora fastidioso, ha scelto di fare, su consiglio dell'allergologo privato, un doppio trattamento: vaccino orale per olivo e graminacee; vaccino sottocutaneo per acaro. Si tratta di un procedimento comprovato? Mi aspetto che, data la molteplicità della sensibilizzazione, le probabilità di riuscita non siano molto elevate. Il vaccino s.c. viene somministrato in ambulatorio privato; con gli odierni vaccini quanto è ancora attuale il rischio di reazione anafilattica? Allo stato attuale delle cose è praticabile la ITS s.c. in sicurezza, pur non essendo esperti di rianimazione? Il ragazzo ha un asma facilmente controllabile e non ha mai avuto episodi allarmanti.

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

La scelta della doppia via di somministrazione degli estratti nello stesso paziente è certamente originale. Usualmente c'è chi opta ed è convinto della validità della via sublinguale e chi, al contrario, considera più comprovati e chiari i risultati utilizzando la via tradizionale, sottocutanea. Ma, pur non comprendendo il razionale di questa scelta, in via teorica non ci so-

no motivi che controindichino l'uso di due diverse vie di somministrazione nello stesso paziente. Per quanto riguarda le reazioni sistemiche e a rischio di vita con la via sottocutanea, va detto che queste sono un lontano ricordo da quando utilizziamo gli allergeni "ritardo". Tuttavia questa evenienza non può essere esclusa e chi pratica l'inoculazione deve disporre di ogni presidio che possa servire per affrontare questa emergenza. Tornando al nostro caso e tralasciando il mix di pollini diversi che, di norma, non andrebbe consigliato, avrei qualche perplessità sul fatto che sia stata prescritta una doppia vaccinazione per un asma lieve e facile da controllare (tra una cosa e l'altra la famiglia spenderà non meno di 1000 euro all'anno).

Nella paralisi periferica del facciale le indagini neuro-radiologiche (risonanza magnetica encefalica, TAC delle rocche petrose) devono essere effettuate comunque, o soltanto in caso di scarsa, o assenza di risposta alla terapia corticosteroidea?

dott. Alfonso D'Apuzzo
Pediatra, Gragnano

La paralisi periferica del nervo facciale può essere divisa in una forma idiopatica (paralisi di Bell) e in una forma sintomatica. Per quanto riguarda la prevalenza delle due forme, in età evolutiva, a seconda delle statistiche, o meglio a seconda della loro epoca di esecuzione, e dalle dimensioni della popolazione studiata, la percentuale delle forme idiopatiche varia dal 60% (Manning, 1972) all'8% (Evans, 2005). Le cause delle forme non idiopatiche possono essere infettive-infiammatorie, traumatiche (trauma o compressione del nervo), neoplastiche, congenite (ad esempio sindrome di Moebius), genetiche, metaboliche. Non di rado la forma idiopatica può essere ereditaria. La percentuale di guarigione completa delle forme idiopatiche in età evolutiva è molto alta; nelle altre forme l'evoluzione dipende dall'etiologia. L'inquadramento clinico è quindi, come sempre, necessario per decidere eventuali successivi approfondimenti; una valutazione ORL, l'audiogramma e l'impendometria, la pressione arteriosa e un emocromo, dovrebbero essere sempre eseguiti nei soggetti con paralisi del ner-

vo facciale e dovrebbero aiutare a discriminare fra paralisi idiopatica e sintomatica. L'esame neuro-radiologico, quindi, non è indicato in prima istanza, a meno che non vi siano elementi di sospetto nella storia clinica ovvero altri segni di deficit neurologico, oltre al deficit della muscolatura innervata dal nervo facciale (la paralisi periferica del nervo facciale è caratterizzata da un deficit del distretto superiore e inferiore; un deficit del solo distretto inferiore deve fare pensare a una patologia centrale dell'encefalo!). Un altro possibile motivo di valutazione neuro-radiologica potrebbe essere la ricorrenza degli episodi e la loro alternanza di lato, per escludere una possibile sindrome neuro-cutanea. In presenza di dubbi, o di elementi poco coerenti dal punto di vista diagnostico, va comunque sempre considerata una valutazione specialistica neuropsichiatrica.

L'intervento per calcaneo-stop, per piatto-valgismo dei piedi, vale la pena di essere fatto anche per il semplice valgismo del retro piede? Conviene farlo precedere da un Rx?

dott. Nunzio Lardaro
Pediatra di libera scelta
San Felice a Cancellò (Caserta)

Negli ultimi anni hanno avuto una diffusione sempre crescente gli interventi chirurgici di "calcaneo-stop", o meglio di *artrosi dell'articolazione sottoastragalea* (artrosi: intervento che limita il movimento di una articolazione; in questo caso viene temporaneamente limitata la pronazione del calcagno). Esistono diverse metodiche, nelle quali una vite viene posizionata nel retro piede (nell'astragalo, nel calcagno o nel seno del tarso) correggendone il valgismo (o, se si preferisce, la pronazione). Quindi l'indicazione all'intervento viene posta non solo nel classico piede piatto-valgo, ma anche nel piede cavo-valgo (sono quei pazienti nei quali alla visita si apprezza la deformità del calcagno, ma sul podoscopio l'impronta è normale, o addirittura mostra segni di cavismo). Ma quali sono i piedi che devono essere sottoposti a intervento? Sicuramente i piedi sintomatici, quando cioè è presente dolore. Se non ci sono sintomi, l'indicazione può essere posta quando la deformità è tanto grave (II o III grado) da farci presumere una invali-

dità nell'età adulta (dolore, stancabilità nella stazione eretta, difficoltà nell'utilizzo di calzature). Nelle ragazze può essere valutato anche l'aspetto estetico (il valgismo spesso limita l'utilizzo di scarpe scollate o con tacco). L'esame radiografico è un esame pre-operatorio che viene eseguito nell'ambito del pre-ricovero; può essere altrimenti indicato solo in caso di deformità rigide, quando vi sia il sospetto di una malformazione - sinostosi o coalescenza - delle ossa del tarso ("piede piatto congenito").

Una mia paziente affetta da sordità è stata sottoposta a un primo impianto (monolaterale) cocleare nel 2003. Nel settembre 2003, prima dell'intervento, ha eseguito le vaccinazioni antimeningococcica e antipneumococcica. Prossimamente deve essere sottoposta a un secondo impianto cocleare nell'altro orecchio. Deve fare un richiamo per le vaccinazioni o è ancora sicuramente protetta?

dott.ssa Silvana De Palma Grillo
Pediatra

Un recente documento dell'*American Board of Pediatrics* (Rubin LG, et al. Cochlear implants in children: surgical site infections and prevention and treatment of acute otitis media and meningitis. *Pediatrics* 2010) si è occupato del problema relativo alle infezioni post-operatorie e alle complicanze infettive (otite media e meningite) nei pazienti sottoposti a intervento di impianto cocleare. Per quanto riguarda la meningite batterica, nei bambini sottoposti a impianto cocleare, il rischio è aumentato di circa 30 volte rispetto alla popolazione normale. Il batterio più frequentemente in causa è lo *Streptococcus pneumoniae* seguito da *Haemophilus influenzae*, mentre non sono stati riportati casi di meningiti da meningococco. Dal punto di vista pratico le vaccinazioni raccomandate prima dell'intervento sono quella per lo *Streptococcus pneumoniae* (PCV 13 o PCV 7) e per l'*Haemophilus influenzae*. Per questo motivo, essendo passati più di 5 anni, è opportuno ripetere la vaccinazione per pneumococco. Il vaccino antimeningococcico non viene invece raccomandato nei bambini al di sotto degli 11 anni e pertanto non sembra opportuna la ripetizione.