

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2002.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Messineo, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangelo, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Stefano Martelossi, Alessandro Ventura; GENETICA: Bruno Bembi, Antonio Amoroso; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Alberta Bacci, Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Loredana Lepore, Marino Andolina; NEFROUROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio De Marini; NEUROLOGIA: Furio Bouquet; OCULISTICA: Paolo Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Luisella Giglio; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Non riesco a procurarmi la pomata alla nitroglicerina 0,2% per il trattamento delle ragadi anali, almeno in Piemonte; nessuna farmacia è interessata a procurarsi la polvere necessaria per la preparazione: potete suggerirmi altre vie? Esiste un mercato farmaceutico on line? Oppure, potete darmi l'indirizzo di farmacie che la preparano?

dott.ssa Maria Maggia
via e-mail

Non esiste ancora in commercio la pomata alla nitroglicerina 0,2%. La si può però far preparare da qualsiasi farmacia disponibile, partendo dalla nitroglicerina 2%, un principio attivo facilmente reperibile (ditta Dinamite Dinaphar spa, S.S. 13 Pontebbana 103, 33031 Basiliano - UD; tel. 0432 830431; fax 0432 830443).

La preparazione di 100 g di pomata alla nitroglicerina 0,2% si fa miscelando 10 grammi di nitroglicerina al 2% con 90 g di vaselina bianca filante. È una pomata facile da allestire, e la nitroglicerina, malgrado il nome della ditta che la fornisce, non è esplosiva e facilmente "lavorabile". Il primo e più importante riferimento bibliografico per questa terapia è del 1995 (*New Engl J Med*, 26 ottobre, pag. 1156). Nell'articolo si parla di pomata allo 0,3% di nitroglicerina, ma nelle preparazioni pediatriche è preferibile una concentrazione più bassa (0,2%), anche per evitare l'eventuale insorgenza di cefalea, come si è registrata in alcuni pazienti adulti.

Questa terapia non è però indicata in tutte le stipsi, e tantomeno come unico intervento. Va considerata infatti in quei casi nei quali alla stipsi si associano delle ragadi inveterate perianali, che attraverso il dolore producono lo spasmo dello sfintere anale, che aggrava a sua volta la stipsi. La nitroglicerina rilascia lo sfintere, e serve a interrompere il circolo vizioso; contemporaneamente però va attuata una completa terapia della stipsi, in particolare mirata al rammollimento fecale.

L'applicazione della pomata va fatta due

volte al giorno, e comunque prima della defecazione. Può essere continuata anche per tempi lunghi, ma di norma il problema dovrebbe recedere e risolversi in qualche settimana.

Donna di quarantacinque anni, in buona salute. Talvolta, quando le capita di espettorare, il suo sputo è di colore azzurro (sic). Anche dal seno (capezzolo) destro, ogni tanto esce qualcosa che macchia di azzurro il reggiseno. Può essere un collegamento con il fatto che il problema "espettorato" è coinciso con l'inizio del lavoro presso un negozio di ottica?

Il problema al seno è invece antecedente all'inizio del lavoro.

Pediatra
Collecchio, Parma

Ritengo che si tratti di un "malingering" (finge di essere ammalata), perché non esiste una malattia così.

L'introduzione, dopo l'anno di vita, degli alimenti più allergizzanti quali uova, pomodoro, pesce e latte vaccino nei bambini in cui vi è una forte familiarità per malattie allergiche (è allergica la mamma, e/o il padre), ha dimostrato una reale utilità?

Ci sono dei lavori che dimostrano l'efficacia di questa introduzione tardiva?

Pediatra di base
Nettuno (Roma)

Nei primi anni di vita vi è una maggiore permeabilità intestinale agli alimenti ingeriti, e quindi una oggettiva e dimostrata maggiore probabilità di sensibilizzazione allergica. Ma già dopo i sei mesi non vi è più alcuna evidenza che il ritardare l'introduzione degli alimenti più allergizzanti sia utile a questo scopo. Ci si

domanda allora come mai ci sia la comune (e universalmente accettata) abitudine a sconsigliare una introduzione precoce, prima dell'anno/anno e mezzo, dell'uovo o del latte o del pesce al bambino allergico che ha o ha avuto la dermatite atopica. Io credo (è una mia idea) che questo consiglio discenda dal più schietto empirismo.

Molti bambini con l'eczema hanno infatti IgE specifiche verso il latte o l'uovo, e questo già dalla nascita, e molto prima di avere mai mangiato questi alimenti (sensibilizzati in utero, sensibilizzati attraverso il latte materno). Questa allergia si perde spontaneamente il più delle volte entro il primo anno/anno e mezzo di vita. Quindi, da sempre, le nostre nonne e le nonne delle nostre nonne avranno saputo che il bambino con la dermatite può avere reazioni spiacevoli, anche gravi, se assume questi alimenti troppo presto. Un consiglio, quindi, che probabilmente risale, si fa per dire, alla notte dei tempi, e che ha (e aveva) come obiettivo non quello di evitare nuove sensibilizzazioni allergiche ma quello di evitare le reazioni allergiche a chi già è sensibile.

Vorrei rivolgere agli esperti di infettivologia il seguente quesito: fino a quando è possibile pensare a un'etiologia da *Chlamydia trachomatis* acquisita al momento del parto in un lattante che presenti una sindrome polmonitica?

In altre parole, fino a che mese di vita la *Chlamydia* (ripeto acquisita al momento del parto) può provocare una sindrome polmonitica in un lattante?

dott. Giovanni Cosimo Indirli
Ospedale di Copertino (LE)

L'infezione compare in generale dopo la prima settimana di vita e fino ai tre mesi. Ma ci sono casi segnalati anche dopo questo termine.

Gradirei conoscere il vostro parere sull'uso dell'aciclovir in corso di varicella. Sulla sua utilità ci sono pareri diversi, e quelli che lo prescrivono, lo prescrivono nei casi di varicella con febbre piuttosto alta (> 39°): perché? Qual è la sua funzione?

Pediatra di base
Feltre (Belluno)

Nel bambino sano l'aciclovir ha una efficacia modesta nel limitare l'infezione, e non è pertanto raccomandato. Può essere indicato nei casi a rischio di infezione di forte intensità, quali i soggetti con dermatite atopica estesa o in trattamento cortisonico (magari anche con steroidi inalatori) o con farmaci immunosoppressivi in generale. Ma può essere indicato anche nell'adulto o nei ragazzi di età preadolescenziale o adolescenziale, vista la tendenza verso forme più severe di infezione dopo l'età pediatrica. Alcuni consigliano l'aciclovir anche nei casi secondari familiari (il secondo fratello), perché in questi, indipendentemente dall'età, la forma ha, di norma, un decorso più grave.

Per risultare efficace il farmaco deve comunque essere somministrato prima possibile dopo l'inizio dell'eruzione, visto che la replicazione dura soltanto 72 ore. Vi sarebbe, infine, un'altra possibile indicazione: quella del farmaco usato come prevenzione, nella fase di incubazione dal 9° all'11° giorno dal presunto contagio, fase della prima viremia, della prima replicazione virale. Con questa indicazione l'obiettivo è quello di evitare completamente l'infezione. Ci sono segnalazioni

di letteratura che hanno dimostrato l'efficacia di questo intervento preventivo, come pure avrebbero dimostrato lo sviluppo di immunità specifica anche in assenza di malattia. Potrebbe essere consigliato, con le stesse indicazioni di cui sopra, cioè nei casi a rischio di infezioni più forti, o magari nei bambini contagiati a ridosso delle vacanze della famiglia.

Vorrei avere delle informazioni sul nevo di Reed nei bambini.

dott. Angelo Fazzone (Pediatra di base)
Celleole (CE)

Il nevo di Reed non è per lo più di riscontro pediatrico, ma compare generalmente nei giovani adulti, configurandosi tipicamente come una formazione papulosa pigmentata, tondeggianti, localizzata agli arti inferiori. Istologicamente è costituito da cellule epitelioidei fusate.

È da considerarsi una variante del nevo di Spitz-Allen. Il nevo di Spitz-Allen è conosciuto anche come "melanoma benigno o nevo a cellule epitelioidei e fusiformi". È un nevo melanocitico benigno, con caratteristiche istologiche peculiari (cellule epitelioidei fusiformi, in alcuni casi plurinucleate, talvolta separate dall'edema). Questo nevo melanocitico è tipico dell'età pediatrica, anche se può comparire nel giovane adulto. Si manifesta come una formazione papulo-nodulare cupoliforme, liscia, isolata, localizzata prevalentemente al volto e alle estremità; dopo un periodo di iniziale crescita, che può essere anche rapida e comunque in

genere di meno di un anno, rimane stabile. Può essere più o meno pigmentato, e avere un colorito che va dal rosa camoscio al bruno, e può essere coperto da teleangectasie.

La storia del nevo di Spitz è interessante: è del 1948 il lavoro di Sophie Spitz che, partendo dall'osservazione che i melanomi diagnosticati in età infantile non avevano per nulla un'evoluzione infausta a differenza di quelli diagnosticati in età adulta, ha rivalutato l'istologia di questi casi, ne ha individuato le caratteristiche istologiche, differenziandole da quelle del melanoma maligno.

Il vero nevo di Spitz è quindi da considerarsi sempre benigno, anche se, soprattutto in età adulta, può essere difficile per il clinico, e anche per il patologo, distinguerlo con sicurezza da alcune forme di melanoma maligno.

Per questo nel dubbio è consigliabile l'asportazione e, nella richiesta di esame istologico al patologo, è fondamentale precisare sempre l'età.

Quali precauzioni vanno prese in una bambina di 18 mesi con deficit di IgA sieriche (8,8 mg/dl)?

dott.ssa Antonia Intino (Pediatra di base)
Gioia del Colle (BA)

Si tratta soltanto di un difetto parziale che, in assenza di una sintomatologia di infezioni a elevata ricorrenza e/o gravità, non merita alcun approfondimento né intervento di prevenzione.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....

Firma

Indirizzo

.....

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce

al quesito (barrare sì o no)

sì

no