

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

ALLERGLOGIA, 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

**Bambino con costante forte cefalea (vomiti) in occasione di febbre. Crisi cefalalgiche meno gravi, fuori febbre. Bisogna ricorrere a esami strumentali? Quali? Di recente una signora con cefalee frequenti (emicrania) ha avuto un ictus cerebrale. È dirimente un'angio-RM?**

dott. Nunzio Lardaro (Pediatra di base)  
San Felice a Cancellò (CE)

Più che gli esami strumentali credo sia opportuno un miglior inquadramento clinico della cefalea del bambino: è un disturbo cefalalgico di tipo emicranico? C'è familiarità? Ci sono altri fattori scatenanti oltre alla febbre?

Gli esami strumentali in caso di cefalea, se l'obiettività neurologica è negativa e non ci sono altri segni di allarme (come il vomito a digiuno), sono poco sensibili e specifici.

**Varicella-aciclovir: perché se nell'adulto l'aciclovir orale può ridurre le complicanze, la stessa cosa non succede nel bambino? O è solo un discorso di minore (ma non assente) rischio di avere complicanze? Non ho saputo dare questa risposta a un genitore. E ancora, perché si dice che il secondo caso familiare è più grave del primo? La modalità di contagio non è sempre uguale? E, infine, è vero che è stato ridimensionato il rischio di selezionare ceppi virali resistenti in caso di uso diffuso dell'aciclovir?**

Pediatra di famiglia, Lecce

È esattamente così: il rischio di complicanze gravi da varicella nel bambino è notevolmente più basso rispetto all'adulto. La letteratura è chiara su questo: l'aciclovir non è indicato nel bambino con varicella altrimenti sano (fa recedere la febbre dopo un giorno anziché dopo 2 giorni, fa diminuire il numero totale di

vescicole di appena il 10%). Inoltre, nel bambino, non fa diminuire l'incidenza delle complicanze, molto probabilmente anche perché, vista la bassissima incidenza di queste ultime, è difficile trovare un campione sufficientemente grande da permetterci di rilevare una significatività statistica.

Si dice che il secondo caso familiare sia più grave del primo per puro empirismo (descritto però anche nel *Red Book*). È infatti esperienza comune che i fratelli che contraggono la malattia per secondi presentano un decorso più grave. Anche qui, in ogni caso, la terapia farmacologica non è indicata. La modalità di contagio è comunque sempre la stessa. L'uomo è la sola fonte di infezione di questo virus altamente contagioso; il contagio avviene per contatto con la mucosa del tratto respiratorio superiore e con la congiuntiva. La trasmissione da persona a persona avviene tramite contatto diretto con lesione da varicella, talvolta mediante le goccioline aerosoliche delle secrezioni respiratorie.

Per quel che riguarda l'uso di aciclovir e l'aumento delle resistenze virali, è stata notata la comparsa di resistenze degli Herpes virus (e tra questi il varicella zoster virus) al farmaco. Nei pazienti immunocompetenti, l'insorgenza di resistenze è una vera rarità e di importanza clinica trascurabile. Il problema assume una maggiore consistenza se si parla di pazienti immunodepressi.

**Sfogliando un numero vecchio di "Medico e Bambino" ho riletto un trafiletto sulla opportunità di somministrare la vitamina D e il calcio in età adolescenziale (da "Novità in pediatria 95"). Chiedo se ci sono novità e una precisazione: per quanto tempo somministrare il calcio e la vitamina D (penso per via intramuscolare) e con quale scadenza?**

dott. Giorgio Collo (Pediatra ospedaliero)  
Milano

La risposta non è semplicissima, perché è solo teorica. È un fatto che la sensibilità alla vitamina D varia in funzione delle caratteristiche del recettore, e che anche l'osteoporosi senile è in funzione del recettore, così come è un fatto che nell'anziano europeo i livelli di 25-OH-colesterolo sono mediamente bassi, e che l'adolescente assume, oggi, in media molto meno calcio rispetto al fabbisogno raccomandato (nell'adolescenza si ha il picco dell'assorbimento di calcio e si raccolgono le riserve per il resto della vita).

L'altra cosa, di segnalazione molto più recente, è stata il rapporto inverso tra assunzione (pregressa) di vitamina D e la comparsa di malattie autoimmuni, in particolare diabete tipo 1, come se l'assunzione di vitamina favorisse l'equilibrio immunologico.

Su queste basi è nata una tendenza a pensare (al di là di ogni EBM, che assolutamente non esiste, e senza un consenso universale) che una singola dose annuale di 100.000 UI di vitamina D per os all'inizio della pubertà, per un paio d'anni, potesse essere ragionevole. Questo l'ho pensato, lo penso, e l'ho scritto, ma mi è abbastanza chiaro che non può essere espresso come consiglio per mancanza di autorevolezza.

**Anca 2B, bilaterale all'ecografia; età due mesi. Il radiologo consiglia anche una Rx. Serve a 2 mesi?**

**Mutandina divaricatrice o divaricatore tipo PAVLIK? Per quanto tempo?**

dott. Nunzio Lardaro (Pediatra di base)  
San Felice a Cancellò (CE)

Un'anca 2B bilaterale a due mesi di vita potrebbe essere anche un'anca immatura. È comunque consigliabile un'ecografia a tre mesi e l'applicazione di una mutandina tipo Giò. Le radiografie non servono.