

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.

In un soggetto affetto da anafilassi da arachidi, la contaminazione delle pietanze con olio di arachidi è comunque da evitare (mi risulta che il processo di distillazione riduce di molto le proteine anafilattogene)?

Su molti alimenti di derivazione industriale oggi troviamo l'indicazione in etichetta: possibile presenza di "tracce" dell'alimento incriminato; questo avvertimento è tale da sconsigliarne comunque l'assunzione?

dott. Piero Iaschi
Pediatra di libera scelta, Trieste

È vero che nell'olio la presenza di proteine anafilattogene è bassa, ma comunque sufficiente per dare reazioni, e pertanto è un alimento che va evitato.

Le indicazioni dell'etichetta "potrebbero contenere" sono dettate dalla esigenza dell'industria di parare eventuali controversie. Il tutto sulle spalle dei pazienti, che avrebbero dovuto, al contrario, avere maggiori garanzie dalla legge sugli "ingredienti trasparenti".

Nella mia, ma anche nell'esperienza di tutti i miei colleghi che ho interpellato, non ho mai avuto modo di osservare una reazione da "alimenti che potrebbero contenere". E così ai pazienti consiglio di fare la massima attenzione agli ingredienti come tali, ma non badare alle scritte: "potrebbero contenere...", oppure anche "prodotto in uno stabilimento che lavora...".

Si auspica che un domani la dizione sia più precisa, indicando, nel caso ci fosse realmente tracce dell'alimento, anche la reale quantità e se mai questa quantità si è dimostrata in grado di dare reazioni a qualche allergico più allergico.

Bambino di 4 anni e mezzo, seguito dall'oculista da oltre 1 anno per calazio persistente.

Circa otto mesi fa l'oculista riscontra un'inattesa opacità corneale monolaterale, interpretata come secondaria a cheratite herpetica. Aveva avuto la varicella e dunque l'opacità è stata attribuita al virus della varicella e il bambino è stato messo in terapia protratta per 2 mesi con aciclovir (serve?).

Dopo alcuni mesi il bambino viene visitato da un secondo oculista che fa diagnosi di blefarite cronica alla quale attribuisce l'opacità corneale (se ho capito bene si parla di meibonite con eccesso di lipidi secreti che intasano la ghiandola e danneggiano la cornea). La terapia proposta è comunque la claritromicina in unica somministrazione giornaliera a dosi di 5-6 mg/kg/die, per 2-3 mesi. I macrolidi, come anche le tetracicline, avrebbero azione sulle lipasi e per questo avrebbero efficacia sulla blefarite.

Chiedo se c'è letteratura su questa materia e se c'è esperienza anche con altri macrolidi (es. azitromicina? e a che dose?), per confermare al mio paziente l'utilità della terapia proposta ed eventualmente sostituire la claritromicina con altro macrolide meglio accettato dal bambino che rifiuta la claritromicina.

Inoltre la funzione dell'occhio colpito è conservata solo in parte, il bambino accetta la schermatura dell'occhio sano, ma deve continuamente spostare il capo per mettere a fuoco.

Chiedo: il trapianto di cornea è comunque controindicato con la meibonite ancora in atto?

dott. Alberto Neri
Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

Non so cosa pensare del caso descritto perché poche sono le informazioni chiave, ma in linea di massima opterei per l'ipotesi varicella come causa dell'opacità corneale perché, pur rari, casi di cheratite dendritica in corso di varicella si vedono.

Il trattamento con l'aciclovir topico, che in fase acuta viene protratto per almeno 2 mesi, riesce di norma a prevenire l'opacità corneale se iniziato precocemente. Ma nel caso in questione soltanto l'oculista che lo ha visto può sapere se quando è stato iniziato il trattamento l'opacità era già presente.

La meibonite è l'infiammazione dello strato posteriore della palpebra, che si complica spesso con congiuntivite e cheratite. La terapia comune della blefarokerato-congiuntivite ha come prima scelta i macrolidi per via orale, associati a cloramfenicolo e cortisonico topico. I macrolidi penetrano e si accumulano nelle ghiandole di Meibonio, inibendo la sintesi di proteine batteriche e la produzione di lipasi. Ci sono alcuni che stanno provando l'azitromicina collirio (1%) e la ciclosporina collirio galenico all'1,5%.

Esistono però anche forme più lievi, solo epiteliali (cioè superficiali), come la cheratite pseudodendritica in corso di meibonite, che si risolve totalmente anche con il solo bendaggio.

Il trapianto corneale va assolutamente evitato, se possibile, nel bambino, viste le frequenti complicanze e l'iter post-chirurgico infinito. Quando a essere coinvolti sono soltanto gli strati superficiali, meglio effettuare una cheratoplastica lamellare (cioè un trapianto della sola parte superficiale della cornea).