

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINI

Bambino di 8 mesi, allattato al seno e svezzamento iniziato al 5° mese. Diatesi familiare allergica. Al 3° mese comparsa di dermatite atopica trattata con cortisone locale e creme idratanti. A 4 mesi e mezzo ricovero in ospedale per adenite sottomandibolare dx (2 linfonodi di 2-3 cm), interpretata come adenite reattiva a impetiginizzazione della dermatite atopica del volto. Durante il ricovero eseguite IgE (321 UI/l) e prick positivi per latte e uovo. Dimesso con dieta materna (senza latte e uovo e derivati), che la mamma - su mia indicazione - non ha fatto. Una settimana dopo l'inizio dello svezzamento reazione locale con edema delle labbra dopo assunzione di formaggio (parmigiano grattugiato in bustina confezionata). Potrei dunque pensare che questo bambino si sia sensibilizzato attraverso la cute? Ho il dubbio che la reazione locale sia veramente una reazione da allergia alle proteine del latte, ci sono quei prick e quelle IgE (inopinatamente?) eseguiti, o cosa c'è di altro nelle bustine di formaggio già grattugiato? Alla luce delle acquisizioni recenti, dieta libera o attenzione all'introduzione di nuovi alimenti in quanto già sensibilizzato per via cutanea a chissà che? Io sarei per la prima ipotesi, ma chiedo conforto.

dott. Stefano Pirovano
Pediatra di famiglia, Milano

Non mi sembra che ci siano dubbi che la reazione che il bambino ha presentato sia legata alla sua allergia alle proteine del latte vaccino (ma forse anche all'uovo che in minima parte è contenuto in alcune confezioni di formaggio già grattugiato).

Su come procedere invece non è così ovvio rispondere e ci potrebbero essere tre diverse opzioni da valutare: 1) considerare l'allergia a latte e uovo come certa e avviare lo svezzamento senza questi due alimenti (lo farebbero i più); 2) fare un test di provocazione orale in ambien-

te protetto con il latte, e magari dopo anche con l'uovo (lo farebbero i più rigorosi, ma all'età del bambino non sarebbero molti a farlo e personalmente, se la prick positività è molto marcata, non sarei di questi); 3) mantenere il latte vaccino nella dieta con una piccola dose, ma giornaliera (magari solo 5 o 10 ml per cominciare, e comunque da testare se tollerata in ambiente protetto), mescolata in un biberon di soia. La dose potrà (dovrà) poi essere aumentata gradualmente per una sorta di desensibilizzazione orale. Così probabilmente faremo noi oggi, perché così abbiamo già fatto in altri casi simili (ancora pochi per la verità) che hanno raggiunto in pochi mesi la tolleranza completa. Ma questa sorta di desensibilizzazione orale in lattante non è certamente un percorso da considerare scontato, o comunque non ancora da raccomandare fuori da un progetto di ricerca specifico.

Ho un bimbo di 2 anni e 3 mesi che da quando ha 8 mesi ha febbri altissime, che arrivano oltre i 40 °C, ogni tre settimane. Tre volte la febbre è tornata altissima dopo solo 14 giorni e anche meno, ma è durata un solo giorno. Come faccio a sapere se si tratta di una PFAPA? Devo temere delle malattie genetiche? Nei periodi intercritici il mio bimbo è in splendida forma!

Un papà

Gli elementi clinici che ci fornisce sono limitati per una risposta articolata. Se la febbre non si associa ad alcun sintomo, per ora non vanno ricercate cause genetiche. Se c'è evidente tonsillite e non sono presenti rilevanti sintomi d'organo, si può fare la diagnosi di PFAPA. Diversamente si potrebbe pensare a una febbre familiare mediterranea (episodi febbrili brevi), ma senza altri sintomi sistemici e senza familiarità l'indagine genetica non è giustificata.

Un trattamento *ex juvantibus* con una singola piccola dose di cortisone potrà aggiungere importanti elementi alla diagnosi: risposta immediata e completa nella PFAPA (risposta eccellente); risposta scarsa o assente nella febbre mediterranea.

A proposito della nuova ipotesi etiopatogenetica sulla comparsa di allergia a seguito di sensibilizzazione per via cutanea, chiedo che comportamento sia a questo punto "raccomandabile" rispetto ai prodotti dermatologici cosmeceutici e fitoterapici usati per le frequenti dermatiti irritative-desquamative nel lattante con familiarità positiva per atopia. Spesso tali prodotti contengono derivati: riso, aloe, mandorle, calendula ecc. È verosimile pensare che la cute non integra di questi bambini possa favorire la sensibilizzazione cutanea.

Dobbiamo continuare a prescrivere o cautamente "proscrivere"?

dott. Graziano Zucchi
Pediatra di famiglia, Serramazzoni (Modena)

Con la sua domanda ha toccato certamente un aspetto non trascurabile del trattamento dermatologico della dermatite atopica o non atopica del bambino. È di fatto ben dimostrato che le sostanze contenute nelle creme dermatologiche possono sensibilizzare sia il lattante che il bambino più grandicello (*Allergy* 2009;64:801-6; *N Engl J Med* 2003;348:977-85). Pertanto, specie nei soggetti a predisposizione eczematosa (pelle secca e dermatitica), andrebbero sempre usate le creme prive delle sostanze più comunemente sensibilizzanti (aromi, profumi, parabeni, derivati di alimenti ecc.). Di fatto l'industria, per i soggetti con dermatite atopica, ci propone prodotti eccellenti e privi di questi composti (giustamente valorizzati per questa caratteristica). Ma, a minor costo, si può anche decidere di usare la semplice vaselina.

Chiedo delucidazioni riguardo l'opportunità di vaccinare con Salk bimbi immigrati da zone a rischio di polio, sprovvisti di documentazione vaccinale, senza valutare preventivamente il titolo anticorpale specifico e quindi potenzialmente già protetti (per vaccinazione pregressa? per contatto con i virus selvaggi?). Tale consiglio è stato dato presso altro servizio ai genitori di un bimbo adottato in Bolivia.

Pediatra Ospedaliero (Vicenza)

Ritengo anch'io opportuno vaccinare con Salk bambini che giungono da Paesi stranieri e senza la necessaria documentazione. L'assoluta innocuità del vaccino Salk e la conoscenza che in alcuni Paesi il numero delle dosi è superiore a quelle 4, che si usano in Italia, ci permettono di largheggiare nel numero dei richiami. Le difficoltà che s'incontrano nel dosaggio degli anticorpi antipolio nei laboratori periferici sono un'ulteriore ragione all'opzione di vaccinare con il Salk i casi dubbi, senza nemmeno andare a vedere quale sia il grado di immunità antipolio del bambino che andiamo a vaccinare. Come certamente lei sa, esiste da qualche anno la tendenza da parte degli Enti preposti alla vaccinazione antipolio nei Paesi in via di sviluppo, di usare il vaccino Salk, al posto del vaccino Sabin, per aumentare l'efficacia della vaccinazione. In quei Paesi le interferenze a livello intestinale fra il virus del vaccino Sabin e altri agenti infettivi (così frequenti nei Paesi in via di sviluppo) spiega la, relativamente frequente, bassa immunogenicità del vaccino Sabin.

Desidererei un chiarimento sul monitoraggio e/o trattamento di bambini con sindrome di Down che presentano TSH sopra i limiti, con T3 e T4 normali.

Un mio piccolo a 9 mesi presentava TSH di 9,99; un secondo caso a un anno 7,67. In entrambi i casi avevo avuto valori di TSH appena sopra i limiti a un precedente controllo.

Il genetista consultato sostiene che i valori sotto 10 vanno solo monitorati, a meno che non compaiano auto-anticorpi. L'endocrinologo ha invece consigliato il trattamento, per ridurre il valore del TSH e quindi l'eccessiva stimolazione della tiroide.

Ho optato per la seconda ipotesi. Se potete darmi anche qualche riferimento bibliografico ve ne sarei grato.

dott. Roberto Boscolo
Pediatra di famiglia, Scorzè (Venezia)

Un bambino Down può avere un ipotiroidismo per due motivi, perché ha un difetto enzimatico nella catena di sintesi degli ormoni tiroidei o perché, essendo un sindromico, sviluppa un ipotiroidismo secondario a tiroidite di Hashimoto. Nel primo caso la forma sarà presente alla nascita, nel secondo a qualsiasi età, quando compare la tiroidite.

Per quanto riguarda la forma congenita, le linee guida internazionali indicano il cut-off di 10 $\mu\text{U/ml}$ per avviare un trattamento sostitutivo, con possibile verifica dopo il secondo anno di vita.

Nel caso della tiroidite autoimmune c'è il problema aggiuntivo della possibile evoluzione in ipotiroidismo pertanto se gli anticorpi sono aumentati ed ecograficamente si riscontra una disomogeneità del parenchima (indicativo di un danno strutturale) è più razionale e prudente avviare la terapia con il cut-off più basso (8 $\mu\text{U/ml}$) senza attendere ulteriori aumenti.

Valori superiori alla norma comunque indicano sempre una tiroide che non funziona bene.