

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, VACCINAZIONI

Bambino di 8 anni, affetto da tempo da alitosi particolarmente fastidiosa; non presenta carie dentaria, afte, rinoadenoiditi protratte, non presenta segni clinici di sospetto reflusso gastroesofageo. A che cosa pensare?

dott. Giorgio Collo
Pediatra ospedaliero, Milano

La flora batterica della bocca e del rinofaringe è la responsabile di questo problema attraverso il catabolismo di microdetriti alimentari e cellule di sfaldamento. Al di là di quella collegata alla carie dentaria o ai processi patologici acuti quali tonsilliti purulente, aftosi del cavo orale, sinusite ecc. nelle quali l'alitosi rappresenta un sintomo secondario, nel bambino l'alitosi che tende a persistere come sintomo isolato è abitualmente legata alla cattiva respirazione nasale, con conseguente disidratazione delle mucose e ristagno di muco nel rinofaringe.

Tenuto conto che normalmente nei bambini e nei ragazzi al di sotto di 15 anni lo sviluppo del melanoma da un neo è molto raro e che la maggior parte delle "macchie" che compaiono sulla pelle sono formazioni benigne, gradirei sapere da voi:

- 1) Una ragazzina di 12-13 anni, il cui nonno ha avuto il melanoma, è giusto o no che venga sottoposta a visite di controllo? E, se sì, con quale frequenza?
- 2) Si sa che frequenza ha il melanoma in età pediatrica?

Pediatra di base

Il melanoma cutaneo non è un evento frequente in età pediatrica. In generale è stimato che esso possa rappresentare lo 0,3-0,4% di tutti i melanomi. Attualmente non è comunque possibile offrire stime attendibili circa la sua incidenza e ciò a causa della possibilità di overdia-

gnosis per effetto di confondimento con il nevo di Spitz e soprattutto per la diversa considerazione dell'età pediatrica (< 12 anni, < 14 anni, < 15 anni, < 20 anni) proposta in passato dai vari Autori. Tuttavia, per avere un'idea della sua rarità, è sufficiente considerare che fino all'anno 2000 il numero di melanomi insorti in persone di età inferiore ai 12 anni, riportati nella letteratura, era 286.

Tra i fattori di rischio più rappresentati (circa 30%) si ritrovano i nevi melanocitici congeniti giganti e in minor misura quelli di medie dimensioni (per i quali il rischio di melanoma diviene attuale dopo i 18 anni di età). La familiarità di melanoma è correlata a un aumento del rischio relativo solo qualora interessi un parente di primo grado.

Per la ragazzina di 13 anni con il nonno affetto da melanoma, eventuali visite di controllo (esame clinico e dermoscopico di tutte le lesioni pigmentate presenti sulla cute) andranno programmate - in assenza di altri fattori di aumentato rischio relativo (nevi melanocitici acquisiti in numero superiore a 50, pregresse ustioni solari) - con estrema serenità ogni 2-3 anni, così come solitamente proposto per tutti gli individui adulti.

Ragazza di 15 anni con asma allergico da acari, graminacee, cane e betulla. Consigliata vaccinazione, poi non eseguita. Asma discreto fino ai 10 anni (mai ricoveri); dai 10 ai 15 anni qualche episodio saltuario (3/anno), risolto con qualche puff di salbutamolo senza aver mai bisogno di cortisone.

Da qualche mese alcuni alimenti, appena messi in bocca, provocano sensazione di gonfiore, bruciore; seguono dolore addominale e vomito; sta male per qualche ora. Mai percezione di difficoltà respiratoria. Dall'esito di alcuni esami, risultano: eosinofili per. 920/mmc, IgE totali 233 (0-100); RAST per alimenti (non so se mi aiutano!): modesta positività (0,70-0,79 kU/l con valori normali fino a 0,35) per pomodoro

(e la mamma dice che lo mangia tranquillamente), mela (anche), grano e arachidi. Normali latte, uovo (bianco 0,45), gambero, pesce, nocciola, caseina, sedano.

Non penso sia una "grande" allergica, ma mi "danno fastidio" queste manifestazioni.

Cosa ne pensate? Ha senso DSCG prima di certi alimenti riconosciuti responsabili dalla ragazza? Altro? (beclometasone?). Che cosa potrebbe succedere? Pensabile anafilassi o solo problemi intestinali?

dott. Bruno Sacher
Pediatra, S. Daniele del Friuli

A prima vista mi sembra un tipico caso di "sindrome orale allergica". Questa condizione è molto comune nell'età della ragazza, nella quale si ha la massima espressione delle IgE specifiche verso i pollini che è legata alla cross-reattività esistente tra questi e molti antigeni presenti in frutta e verdura. La betulla ha allergeni in comune con mela, carota, pesca, ciliegia e sedano, ma non solo. Il polline delle graminacee con kiwi, agrumi, pomodoro ecc. In pratica, però, mai succede che tutti quelli potenzialmente cross-reattivi diano fastidio e ogni soggetto ha i suoi alimenti che lo disturbano, come molti altri non avvertono alcun fastidio pur a parità di sensibilizzazione agli stessi pollini. Inoltre gli allergeni di frutta e verdura sono termolabili e gli stessi alimenti non danno alcun disturbo da cotti.

Come sottolineato nel nome della condizione, è una patologia che si esprime principalmente alla mucosa orale con bruciore, prurito, vellicio alla gola fino all'edema delle labbra e, a volte, sintomi più rilevanti, come mi sembra presenti la paziente. Raramente è stata descritta sintomatologia più importante di tipo anafilattico, tanto che la gran parte dei pazienti continua a mangiare l'alimento se gradito.

Domande & Risposte

In caso di riscontro di un testicolo piccolo rispetto al controlaterale, è necessario indagare?

Pediatra di base

Se c'è una differenza tra i due testicoli, è evidente che uno è disgenetico. Era forse un testicolo criptorchide? È stato operato? C'è stata una sofferenza vascolare?

Se invece il testicolo piccolo è quello normale, e il controlaterale è più grande, va sospettata una patologia localizzata al testicolo grande.

Credo che comunque la prima ipotesi sia quella più probabile.

Un mio paziente di 13 anni si è procurato cadendo una frattura biossea dell'avambraccio: gli è stato confezionato un gesso e gli è stata prescritta una terapia con fraxieparina fl per 15 giorni. Si tratta di un protocollo consolidato o di una arbitraria interpretazione?

Pediatra di base

L'uso della fraxieparina discende da protocolli consolidati, anche se i rischi di tromboembolia sono molto maggiori nell'adulto che nel bambino, nelle fratture agli arti inferiori e quando il paziente è costretto a lunghe immobilità.

Per l'improvvisa comparsa a 6 anni di un lieve idrocele dx con una certa "pastosità" del funicolo e lieve dolenzia e aumento di volume del testicolo, esclusa una causa chirurgica, che cosa occorre fare?

Pediatra di base

È possibile che si tratti di un idrocele comunicante. Per valutare la situazione un eco-doppler del testicolo e del funicolo potrebbe essere utile.

Anche un'ernia dovrebbe essere esclusa.

Chiedo cortesemente un parere per un mio assistito di 11 mesi, ex prematuro di 34 settimane, crescita regolare tra 10° e 25° percentile.

Allattamento al seno per circa 2 mesi, poi Hypolac (familiarità allergica, decisione dietetica di un collega sostanzialmente avallata da me per la migliore palatabilità e peptoni "abbastanza piccoli"). Divezzamento a 5 mesi ben tollerato. A 6 mesi reazione cutanea periorale dopo introduzione di L.A. A 8 mesi episodio di tosse dopo nuovo tentativo di reintrodurre L.A. (non so se componente spastica). Attualmente il bimbo sta continuando ad assumere Hypolac con alcune manifestazioni cutanee di tipo dermatitico soprattutto al volto. Il referente allergologo locale ha prospettato alla mamma la necessità di

sospendere il latte in uso a favore di un idrolisato spinto, evitando latticini.

Pur avendo già optato per un challenge futuro con L.A. in ambiente protetto, sono un po' restia ad applicare una restrizione dietetica così rigorosa. Quid facendum?

dott. Gabriella Iori

Pediatra di base, Reggio Emilia

In questo caso farei un prick test con il latte vaccino (può farlo anche Lei in ambulatorio con una goccia di latte). Questo serve per confermare l'esistenza di una sensibilità (IgE mediata) alle proteine del latte.

Se positivo, come tutto farebbe supporre, manterrei rigorosamente l'Hypolac nella dieta che certamente aiuta a superare l'allergia favorendo la tolleranza. Al contrario, la sospensione dell'Hypolac (che comunque nel caso non si capisce perché debba essere sostituito con un idrolisato spinto, costoso e cattivo, e non con un normale latte di soia) potrebbe portare all'effetto opposto: quello di rendere il bambino ancora più allergico con successive, anche gravi, reazioni a ogni tentativo di reintroduzione dell'alimento.

In questo periodo si parla e si scrive molto sui giornali della cocaina, "quasi" vantandone i vantaggi: ritardo del

il 5 per mille a Nati per Leggere

Trasforma la tua denuncia dei redditi in una buona azione: sostieni il progetto Nati per Leggere per diffondere una cultura diversa nei confronti dell'infanzia.

Che cos'è Nati per Leggere

Amare la lettura attraverso un gesto d'amore: un adulto che legge una storia. Dal 1999, è un progetto nazionale senza fini di lucro ed ha l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini dal primo anno di età. Accudire un bambino significa anche nutrirlo di parole che lo aiuteranno a sviluppare immaginazione e creatività. La relazione affettiva tra genitori e bambino è dunque la matrice attraverso la quale si formerà in gran parte la sua personalità. Avviando alla comunicazione verbale e all'elaborazione del pensiero, i genitori contribuiranno a farlo diventare un individuo unico e irripetibile, e gli apriranno le porte verso la maturità.

Nati per leggere, coordinato dal Centro per la Salute del Bambino ONLUS, è promosso dall'alleanza tra bibliotecari e pediatri attraverso l'Associazione Culturale Pediatri e l'Associazione Italiana Biblioteche. Per maggiori informazioni www.natiperleggere.it

La finanziaria 23.12.05 n. 266 art. 1 comma 337 ha disposto per il 2006 la destinazione di una quota del proprio reddito (5 per mille) alle Associazioni ONLUS. Il 5 per mille non sostituisce l'8 per mille (destinato alle confessioni religiose) e non è un costo aggiuntivo per il contribuente, bensì è una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia per destinarla alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività.



Ecco come fare per sostenerci:
Firma nel riquadro dedicato
alle Organizzazioni Non Lucrative (Onlus)
Riporta, sotto la firma, il codice fiscale
del Centro per la Salute del Bambino: 00965900327



**Nati per
Leggere**

la stanchezza, aumento dell'ideazione, della destrezza motoria, della capacità di apprendimento.

Al di là del fenomeno dell'assuefazione e della dipendenza, vorrei conoscere gli effetti di un uso cronico sia sul comportamento, sia sull'umore, sia se esiste un effetto organico dei mediatori dell'encefalo.

Ci sono delle popolazioni (sulle Ande) che la usano da sempre per sopportare la fatica quotidiana.

dott. Carlo Giaconim
Venezia Lido

Gli effetti negativi della cocaina per un consumo occasionale sono piuttosto ridotti. L'uso regolare non porta alla dipendenza fisica con le crisi di astinenza, ma il rischio di diventare psicologicamente dipendenti è molto elevato e smettere di sniffare sempre più difficile. Difficoltà di concentrazione, cambiamenti repentini dell'umore, paure infondate, scatti di ira e aggressività sproporzionate, ma anche depressione e sonno disturbato, sono soltanto alcune delle conseguenze cui si può andare incontro con l'uso cronico della droga.

Ho un paziente di 10 anni con rotazione assiale del pene di 90° a sx, incurvamento dorsale e fimosi parziale e deviazione a dx. Ai genitori è stato consigliato l'intervento di ortoplastica peniena.

Vorrei sapere qual è la prognosi con e senza intervento; qual è l'età consigliata per effettuarlo; quali rischi comporta e se vi sono Centri specializzati per la terapia chirurgica di tali deformazioni.

dott. Antonio Fazzone
Pediatria di famiglia, Cellole (CE)

L'intervento è necessario e indicato adesso. Ogni chirurgo che ha esperienza con chirurgia dell'ipospadia complessa dovrebbe essere in grado di operare questa malformazione. I rischi sono paragonabili a quelli degli interventi di ipospadia.

Bambino di 6 mesi da circa un mese ha sviluppato una diffusa peluria allo scroto, sotto l'asta; sono peli sottili ma lunghi (fino a 2 cm); non ci sono segni di irsutismo, i testicoli sono ben palpabili, non masse addominali alla palpa-

zione, non ambiguità sessuale. Occorre approfondire?

Pediatria di base

È necessario sapere se alla nascita il pene era "ben rappresentato", se c'è pigmentazione scrotale, se la statura è aumentata, se il pene si è ulteriormente allungato.

Se ci sono elementi che possono far sospettare una sindrome adrenogenitale, senza perdita di sali, a esclusiva anche se modesta espressione androgenica, prima una radiografia della mano per età ossea, poi un ACTH test dosando 17-OHP ai tempi 0 e 60, potrebbero risolvere il problema.

Sicuro che non ha assunto pillole dal padre palestrato o anabolizzanti che possono girare per casa? È un'ipotesi meno verosimile ma non escludibile.

Altre ipotesi, se c'è una progressione rapida del sintomo, sono la possibilità di una patologia espansiva surrenalica produttiva androgeni (eventuale ecografia al surrene) ma i sintomi dovrebbero essere rilevanti, altri peli, acne, sudorazione odorosa ecc.

XIX CONGRESSO NAZIONALE

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2006

Protocolli in Pediatria: 10 anni "dopo"

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 1-2 dicembre 2006

VENERDÌ 1 DICEMBRE

- 9.00 SESSIONE PLENARIA modera F. Panizon
L'accesso acuto d'asma (G. Longo, F.M. De Benedictis)
Il ritardo mentale (G. Corsello, P. Gasparini)
Le dislipidemie (R. Bellù, L. Cattin)

12.00 SESSIONI PARALLELE

- L'ipertensione (A. Benettoni, F.M. Picchio)
La scoliosi (G. Tagliavoro, G. Maranzana)
Dolori addominali ricorrenti (G. Magazzù, L. Greco)

14.30 SESSIONE PLENARIA modera A. Ventura

- Il linfonodo ingrandito (M. Rabusin, P. Macchia)
Disturbi del linguaggio e dislessia (S. Millepiedi, M. Carrozzini)
Emorragia intestinale (S. Martelossi, M. Fontana)

17.20 SESSIONI PARALLELE

- Il criptorchidismo (M. Maghnie, J. Schleef)
Le artriti, infettive e non (L. Lepore, F. Falcini)
La dermatite atopica (M. Cutrone, G. Longo)

SABATO 2 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA modera F. Panizon

- Precocità e ritardo puberale (G. Tonini, F. Chiarelli)
Neutropenie e piastrinopenie (M. Aricò, P. Tamaro)
Il bambino acutamente "giallo" (G. Maggiore, L. Zancan)
La sindrome di Münchausen by proxy (A. Ventura, P. Benciolini)

CONFRONTI "GIOVANI"

VENERDÌ 1 DICEMBRE

- 12.00 Palazzo dei Congressi: Giro dei Posters "con il Professore"
14.30 Sala Tommaseo - Jolly Hotel:
Specializzandi a tu per tu "senza il Professore"

Per questo Congresso saranno richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it), Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA SCIENTIFICA "CONFRONTI GIOVANI"

Laura Badina (lau.bad@gmail.com) cell. 347 5825178
Jenny Bua (jbu@fiscali.it); Laura Travan (ltravan@libero.it)



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it <http://www.quickline.it>