

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto: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.

**Ho letto i risultati degli esami prescritti da un collega che aveva sospettato una malattia celiaca in una paziente di 5 anni, nefrectomizzata un anno e mezzo fa, a seguito di diagnosi di idronefrosi, con conseguente esclusione del rene interessato. Oltre gli accertamenti di screening "normali" (tTG IgA, IgA totali) è stato richiesto il dosaggio della calprotectina fecale (CF).**

**Lo screening per la malattia celiaca è risultato negativo, mentre la CF ha un valore di 250 ng/g di feci (vn < 60 nel laboratorio di riferimento).**

**Mi domando se ha valore questo risultato, quale è il suo significato e se è doveroso approfondire subito con valutazione gastroenterologica oppure se è solo da ripetere periodicamente il dosaggio della CF. Preciso che sintomi e/o segni pregressi collegabili a problemi intestinali (MICI) non sono riferiti dai genitori.**

dott. Saverio Mirabassi  
Pediatria di famiglia, Trento

Senza una chiara sintomatologia di riferimento (intestinale o no) che faccia pensare alle MICI deve prevalere un'interpretazione aspecifica, come dato occasionale, della positività della calprotectina fecale e non si dovrebbe, a mio avviso, procedere con ulteriori indagini.

**Desidererei avere chiarezza per quanto riguarda lo svezzamento, in particolare nel bambino con predisposizione atopica. Ho incominciato a svezzare i miei pazienti a 4 mesi e mezzo con crema di riso e liofilizzato, ma quando posso inserire il semolino come seconda pappa? e il formaggio? e il sale? e l'omogeneizzato? e gli alimenti freschi?**

dott.ssa Elisabetta Demichele  
Pediatria di famiglia, Bitonto (Bari)

Non ci sono regole se non quella di iniziare lo svezzamento quando il bambino si dimostra pronto ad accettare gli alimenti "solidi" (cucchiaino), di norma tra

i 4 e i 6 mesi compiuti; farlo con gli alimenti abituali, senza esclusione, e introducendo la carne o il pesce, almeno dopo sei mesi, per l'indispensabile apporto di ferro.

Nel soggetto allergico non vanno fatti evitamenti o ritardate introduzioni nell'ipotesi, sbagliata, di prevenire le allergie alimentari.

Il sale giustamente poco, ma non meno di quello che serve, perché il bambino appena diminuisce il latte materno ha un bisogno innato, fisiologico, di salato.

**Mi chiedo se bambine di età variabile dai 5 ai 10 anni, che hanno perdite vaginali ricorrenti, hanno vaginiti o semplici leucorrea. Spesso la descrizione del secreto che fanno le mamme è di un muco verde, non necessariamente maleodorante. Terapie ripetute con amoxicillina sembrano ridurre solo temporaneamente la secrezione. A cosa pensare?**

dott. Antonio Guerrieri  
Pediatria di famiglia, Cagnano Varano (Foggia)

La leucorrea è fisiologica alla nascita (estrogeni materni), alla pubertà (estrogeni puberali con modifica della flora batterica vaginale - lattobacillo) e in gravidanza (iperestrogenismo della gravidanza); quindi l'estrogeno in eccesso o a livelli fisiologicamente elevati giustifica la leucorrea (perdite bianche che diventano giallognole sulle mutandine). Se le perdite sono di colore diverso e sono spesso maleodoranti la causa è dovuta a inquinamento fecale. Va a questo proposito tenuto presente che, per un'errata abitudine, spesso (non sempre) le femmine effettuano una pulizia perineale dopo le "funzioni fisiologiche quotidiane" procedendo dal di dietro in avanti, portando così inavvertitamente germi nella vulva e quindi in vagina. È chiaro quindi che l'antibiotico può avere solo un effetto transitorio se non si corregge banalmente la causa. La terapia delle vulvagini è di fatto basata principalmente sulla corretta igiene intima. La terapia antibiotica può essere utile in

una vera vulvovaginite batterica (meglio se mirata su antibiogramma), risolta la quale solo il cambio di abitudine evita le recidive.

**Un mio paziente di 6 anni e mezzo è affetto da neurofibromatosi tipo 1 (NF1) (diagnosi fenotipica). Da 2 anni presenta un rallentamento della crescita staturale che lo pone sotto al 3° percentile. Gli accertamenti hanno rilevato un deficit di IGF1 (41,3 ng). Il centro di riferimento ritiene di non iniziare terapia sostitutiva per un ipotetico rischio evolutivo della NF1. Ci sono dati che confermano questa ipotesi?**

dott. Sauro Baratta  
Pediatria di famiglia, La Spezia

Nella neurofibromatosi ci sono alcune cose da ricordare.

1. Un difetto di IGF1 è segnalato in presenza di gliomi del chiasma, quindi prima di tutto mi accerterei che il paziente abbia fatto una RMN encefalo.
2. Gli eccessi di GH nella NF1 sono correlati a un aumentato rischio di glioma del nervo ottico.
3. I pazienti con NF1 caratteristicamente sono più bassi della norma, tanto che esistono specifiche curve di crescita. Se però viene documentato un vero deficit, in assenza di alterazioni RMN, non vi è alcuna controindicazione a fare GH. Mi chiedo anche perché abbia fatto il test se non ritenevano di dover dare l'ormone. Quindi, in un vero basso con tutte le vere indicazioni al GH, si può dare l'ormone.

**Scrivo per avere alcuni chiarimenti in merito alla terapia dell'asma. La prima riguarda l'utilizzo del formoterolo nell'attacco acuto di asma. Lo chiedo perché un allergologo dell'adulto lo ha consigliato come prima terapia da attuare ai primi segni di una riacutizzazione a una mia paziente di 8 anni e mezzo (inviata a lui per eseguire il prick test, dato il ripetersi di episodi di bron-**

*co-spasmo). La terapia consigliata era, ai primi sintomi/segni di asma/broncospasmo, il formoterolo 1 cpr inalatoria per 2, per una settimana circa. Il collega allergologo mi ha riferito che considera il formoterolo molto più efficace del salbutamolo nell'attacco acuto di asma.*

dott.ssa Daniela Erba  
Pediatra di famiglia, Sondrio

Per la terapia dell'attacco acuto d'asma, in tutte le Linee Guida, è indicato e raccomandano l'uso di un beta2-agonista *short o rapid acting* (di norma il salbutamolo) in virtù della sua alta efficacia e maneggevolezza (finestra terapeutica molto ampia che permette di utilizzare nei casi gravi dosaggi anche decine di volte superiori a quelli usuali). Il formoterolo è un beta2-agonista *long acting* (LABA) dotato, diversamente dall'altro LABA in commercio, il salmeterolo, di una rapidità d'azione simile al salbutamolo e per questo testato e proposto an-

che nelle fasi acute dell'attacco asmatico<sup>1</sup>. Ma, a parte il fatto che lo studio è stato fatto su pazienti adulti, non può non essere considerata la scarsa esperienza con questo farmaco in confronto con il salbutamolo e in particolare per quanto riguarda gli eventuali e possibili effetti collaterali ai dosaggi elevati richiesti nelle crisi asmatiche più gravi. A questo proposito, basti ricordare che nello studio citato, a parità di risposta clinica, è stata documentata con il formoterolo una maggiore riduzione del potassio serico rispetto al salbutamolo.

### Bibliografia

1. Boonsawat W, et al. Formoterol (OXIS) Turbohaler as a rescue therapy compared with salbutamol pMDI plus spacer inpatients with acute severe asthma. *Respir Med* 2003; 97:1067-74.

---

***Vorrei sapere la terapia corretta, in un bambino di 4 anni, in caso di linfedema reattivo del labbro superiore, insorto da***

***alcuni mesi, che non risponde a nessuna terapia medica attuata (cortisonici topici, bromelina per os), prescritta dai colleghi dermatologi. Per inciso, un collega chirurgo plastico mi ha consigliato di attendere che la situazione si stabilisca, per poi intervenire chirurgicamente.***

Un pediatra

Confesso che non so cosa vuol dire linfedema reattivo. L'unica ipotesi che mi viene in mente è la possibilità che si tratti di una granulomatosi oro-facciale che a volte può associarsi o anticipare una malattia di Crohn o una sarcoidosi. Abbiamo avuto un caso (l'unico della mia vita, ma l'edema del labbro è un esordio molto tipico anche se non facile da "decifrare"). La granulomatosi orofaringea si chiama anche sindrome di Melkersson-Rosenthal o cheilite di Miescher. È una granulomatosi delle mucosa labiale, che dovrebbe interessare anche le gengive. Altro non saprei dire.

---