

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.

Ho dato un'occhiata all'archivio di M&B a proposito di stomatite, in particolare quella da HSV, per cercare di "interpretare" qualche caso visto negli ultimi giorni. Mi sono riletto un articolo di circa dieci anni fa del prof. Panizon nel quale si riportava una casistica di bambini che, in occasione della sieroconversione per HSV1, avevano manifestato sintomi aspecifici quali faringite o URI (Medico e Bambino 2000;19:261-2). Mi chiedo quindi, anche sulla base di questi dati, se le aftosi che si limitano a pochi elementi, senza febbre, scialorrea, né particolare compromissione generale o dell'alimentazione, non possano qualche volta "nascondere" una prima infezione da HSV1. Lo chiedo in funzione dell'approccio pratico al problema, cioè l'aciclovir per bocca potrebbe avere un ruolo in queste forme, considerando poi che molte famiglie vi ricorrono, per automedicazione o consigliate da amici più o meno "addetti ai lavori", anche per stomatiti del tutto aspecifiche? O potrebbe avere un senso riservarlo alle forme con febbre alta anche se "atipiche" per la restante sintomatologia? Infine, approfitto dell'occasione per chiedere se c'è EBM che documenti il beneficio clinico dell'aciclovir nella gengivostomatite da HSV1.

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

Comincio rispondendo all'ultima domanda: l'EBM riguardo alla terapia con aciclovir nella gengivostomatite erpetica del bambino immunocompetente si limita a 3 RCT verso placebo^{1,3}, un lavoro in aperto e non controllato⁴ e uno studio retrospettivo⁵. Dei 3 RCT, uno ha una numerosità molto piccola³, un altro tratta per 10 giorni mentre gli altri per 7, e infine l'ultimo comprende per la maggior parte bambini con presentazione lieve¹. Con tutti questi limiti, e la conseguente cautela nell'interpretazione, que-

sti 3 RCT hanno dimostrato che la terapia precoce con aciclovir (entro 72, massimo 96 ore dall'esordio) riduce significativamente la durata dei sintomi (4 vs 7 giorni per la difficoltà ad alimentarsi, 3 vs 6 giorni per la difficoltà a bere, 4 vs 8 giorni per la scialorrea, 4 vs 5 giorni per il dolore), il tempo necessario alla guarigione delle lesioni (4 vs 6 giorni) e la contagiosità (1 vs 5 giorni) rispetto al placebo. Nessun vantaggio nella somministrazione dopo le 96 ore. Nessun effetto avverso grave.

Per quanto riguarda la prima domanda, mentre la faringite (soprattutto nei bambini più grandicelli), ma anche sintomi più vaghi di infezione virale delle alte vie aeree, sono manifestazioni riconosciute della primoinfezione da HSV, la stomatite aftosa "semplice" (quella senza febbre, con pochi elementi a stampo e non serpiginosi, senza coinvolgimento delle gengive e della mucosa labiale) non lo è: in questo senso appare poco vantaggioso, sia in termini clinici che biologici che economici, trattarle indiscriminatamente, soprattutto quando mancano i sintomi sistemici (febbre in particolare - nel lavoro che cito poco sopra solo 1 bambino su 90 non ha avuto la febbre alta). Il fatto che i genitori vi ricorrono non indica certo che questo sia un criterio per trattare. Meglio i rimedi over-the-counter (gel protettivi da applicare sulle lesioni in attesa della guarigione spontanea).

Bibliografia

1. Amir J, Harel L, Smetana Z, et al. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis in children: a randomised double blind placebo controlled study. *BMJ* 1997;314:1800-3.
2. Aoki FY, Law BJ, Hammond GW, et al. Acyclovir suspension for treatment of acute herpes simplex virus gingivostomatitis in children: a placebo, controlled double blind trial. Abstract no. 1530. In: Program and abstract of the 33rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy New Orleans, LA. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1993:399.

3. Ducoulombier H, Cousin J, Dewilde A, et al. Herpetic stomatitis-gingivitis in children: controlled trial of acyclovir versus placebo. *Ann Pediatr (Paris)* 1988;35:212-6.

4. Mueller R, Weigand KH. The treatment of herpetic gingivostomatitis with acyclovir suspension. *Der Kinderarzt* 1988;19:1189-92.

5. Cataldo F, Violante M, Maltese I, et al. Herpetic gingivostomatitis in children: the clinico-epidemiological aspects and findings with acyclovir treatment. A report of the cases of 162 patients. *Pediatr Med Chir* 1993; 15:193-5.

Vorrei chiedere una delucidazione relativa alla terapia dell'OMA. Nell'articolo pubblicato sul numero di marzo di Medico e Bambino (2011;30:175-9) viene affermato che la terapia con amoxicillina deve essere suddivisa in tre dosi/die e io mi chiedo: a quale orario? Ore 8, 16, 24, svegliando il bambino per dare l'ultima dose, oppure ore 6, 14, 22, svegliando il bambino per dare la prima dose? Qualcuno ha affermato in passato che non esiste mai una motivazione sufficientemente forte per svegliare un piccolo per somministrare la terapia (nei casi gravi si usa la terapia endovena). La terza alternativa sarebbe di somministrare le tre dosi divise solo nelle dodici ore diurne, ad es. ore 8, 14, 20, ma allora, tanto vale, bastano le due dosi. Dove sbaglio?

dott. Roberto Luciani
Pediatra di famiglia, Lido di Camaiore (Lucca)

Sono d'accordo con Lei che non vale la pena svegliare un bambino soltanto per dare la terapia antibiotica e in particolare per una patologia "veniale" come l'otite. Personalmente consiglio di dare l'ultima dose, quella della sera, più alta, in modo che la MIC rimanga più a lungo efficace durante l'intervallo del sonno. Per far questo basta dividere la dose giornaliera per 4 e dare alla sera due dosi insieme. Per fare un esempio: 250 mg mattina e primo pomeriggio, 500 mg alla sera.