

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.

Alopecia areata

Una mia paziente, di 12 anni, prepubere, ha presentato improvvisamente una alopecia nucale (alopecia ofiasica). Non familiarità, non atopia e non patologie autoimmuni sottostanti.

Fatta la mia diagnosi, ne ho avuto conferma dal dermatologo che ha stabilito la seguente terapia: betametazone 1 mg: 1 cpr al mattino e 1 cpr alla sera per una settimana, quindi 1 cpr al giorno di mantenimento. Inoltre ha segnalato una lozione cortisonica per applicazione topica e uno shampoo anticaduta. È corretta questa strategia terapeutica? Si può fare altro? E la durata? Che cos'è la terapia steroide "pulsata"?

dot. Nicola Pomponio
Pediatra di base, Scerni (CH)

L'alopecia areata ("ofiasica" quando interessa la zona occipitale e temporale) è una forma autoimmune, transitoria, di caduta dei capelli in chiazze. Non ci sono terapie provatamente efficaci e in quasi l'80% dei casi i capelli ricrescono spontaneamente, anche se in un tempo non prevedibile. Quando molto estesa, può meritare un trattamento per via generale, che di solito si fa con il cortisone per bocca, o in boli ("terapia pulsata"). All'esordio, per una singola localizzazione, usualmente utilizziamo solo la terapia steroidea locale, da applicare cinque sere alla settimana, per almeno due mesi, e poi si valuta. Vanno bene le formulazioni di cortisone in schiuma, oppure le lozioni.

Collo storto in lattante

Una bambina di sette mesi in perfette condizioni di salute viene portata nel mio ambulatorio perché presenta da tre giorni una testa inclinata sul lato destro, come appoggiata sulla spalla. Escluso il torcicollo, pupille normoreagenti allo stimolo luminoso, non segni otoscopici di otite. Ho preso qualche giorno di tempo per rivalutarla, ma mi chiede se un trauma cranico (caduta dal seggiolone) subito 15-20 giorni prima, apparentemente ben superato, non

potesse essere in causa. Vi scrivo per ricevere un consiglio: è giusto attendere ulteriori sviluppi oppure cominciare a fare già qualcosa?

dot. Cosimo Colucci
Pediatra di base, Mesagne (BR)

Il nostro suggerimento è quello di non aspettare troppo e fare una risonanza magnetica per escludere un tumore del tronco (esame oculistico e del fondo sono spesso inutili e falsamente rassicuranti). In alternativa una sindrome di Grisel con lussazione atlante-epistrofeo (e anche questa dovrebbe vederla la RM). Se tutto negativo, si tratta di un torcicollo congenito. Infine, se il problema risolve e poi recidiva, si tratta di un torcicollo parossistico benigno. Evienza comune a questa età.

Possibile immunodeficit comune variabile

Seguo dalla nascita un ragazzo che ora ha 16 anni. Nei primi cinque anni era sempre ammalato, soprattutto di tonsilliti. Operato a 5 anni di adenotonsillectomia. Da allora è stato sempre bene. All'età di 10 anni, in seguito ad alcuni accertamenti, riscontra casualmente un deficit non totale di IgA (non conosco il valore preciso) e valore ridotto di IgG (607 mg%, con valore limite di 700 mg%). Per le buone condizioni cliniche del ragazzo (non si ammalava da anni) non mi sono preoccupato e ho assicurato la famiglia. All'età di 16 anni il ragazzo passa al medico di medicina generale che lo invia a un Centro universitario di Immunologia. Qui vengono confermati gli esami e si riscontra una riduzione omogenea delle sottoclassi di IgG. Viene quindi posta diagnosi di "possibile immunodeficit comune variabile" e si precisa che il termine possibile è parte integrante della diagnosi.

Fino a qui tutto normale. Sono rimasto sorpreso che al bambino sia stata prescritta profilassi con immunoglobuline sottocute con frequenza settimanale.

Non ho naturalmente la competenza di

confutare tale decisione, ma stante l'impegno che tale profilassi comporta, mi sono chiesto se è necessaria dal momento che il bambino, a parte un episodio di sindrome influenzale nella stagione invernale, non presenta processi infettivi degni di rilievo.

dot. Roberto Luciani
Pediatra di base, Lido di Camaiore

Non c'è una storia di infezioni ricorrenti, né sono presenti altri sintomi suggestivi di difetto immunitario (le tonsilliti ricorrenti, non complicate, non lo sono). I valori di immunoglobuline riportati a 10 anni non sono francamente patologici ma "borderline". Ha fatto pertanto bene a rassicurare la famiglia. Al più, per rinforzare il messaggio tranquillizzante, avrebbe potuto acquisire il dato di risposta anticorpale agli antigeni vaccinali. Al di fuori di un contesto clinico definito, il dato di riduzione uniforme delle sottoclassi di IgG è irrilevante.

Non riesco pertanto a comprendere su quali elementi è stata posta la diagnosi di "possibile ipogammaglobulinemia comune variabile" (CVI). Posso solo interpretare che questa quasi-diagnosi sottintenda il sospetto che il ragazzo possa essere sulla strada di sviluppare, prima o dopo, una vera CVI. Tuttavia, non c'è nessuna linea guida che consigli di avviare un trattamento sostitutivo in questi casi. Ancora, posso solo immaginare che il trattamento sia stato avviato "ex juvantibus" per definire la diagnosi; ma su quale parametro stimare la risposta, considerato che il ragazzo non ha infezioni?

Per concludere, la CVI è una malattia seria e l'immunologo che la sospetta ha il dovere di compiere accertamenti base a supporto, o contro, questa ipotesi: anticorpi anti-vaccinali; sottopopolazioni linfocitarie; profilo dei linfociti B immaturi, maturi, memoria e commutati memoria. Se questo non è stato fatto, consiglieri di chiedere una seconda opinione, rivolgendosi a uno dei Centri partecipanti alla rete italiana IPINET per la diagnosi e cura delle immunodeficienze primitive.