

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

### STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

### TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

**Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.**

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino  
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste  
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 10 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### AGGIORNAMENTO - GINECOMASTIA

**1. La presenza di ginecomastia in epoca neonatale è una condizione che:**

**a)** Va considerata fisiologica e compare nel 60-90% dei neonati; **b)** Può essere fisiologica ma richiede sempre una valutazione ecografica; **c)** Raramente è fisiologica e richiede sempre una valutazione ecografica e ormonale.

**2. In epoca puberale la comparsa di una ginecomastia in un adolescente è fisiologica e si manifesta di solito:**

**a)** A metà dello sviluppo in corrispondenza di uno stadio 3-4 di Tanner e di un volume testicolare di 5-10 ml; **b)** Di solito un anno prima dell'inizio dello sviluppo puberale; **c)** Alla fine dello sviluppo puberale.

**3. La ginecomastia in epoca puberale è quasi sempre:**

**a)** Simmetrica e non dolente; **b)** Spesso asimmetrica e non dolente; **c)** Spesso asimmetrica e dolente.

**4. In che percentuale di casi la ginecomastia in epoca puberale può persistere oltre il limite atteso di regressione che è di 1-3 anni?**

**a)** 2-4% dei casi; **b)** 5-10%; **c)** 20%.

**5. Nella sindrome di Klinefelter vi è un rischio aumentato di carcinoma della mammella**

Vero/Falso

**6. Quale dei seguenti farmaci può determinare una ginecomastia?**

**a)** Ranitidina/omeprazolo; **b)** Fenitoina; **c)** Calcioantagonisti; **d)** Spironolattone; **e)** Tutti i precedenti; **f)** Tutti i precedenti tranne uno.

**7. Tra le cause della ginecomastia patologica va considerato un ipertiroidismo per incremento di attività dell'aromatasi periferica**

Vero/Falso

### PERCORSI CLINICI

DERMATOMIOSITI ALLO SPECCHIO

**8. La diagnosi di dermatomiosite secondo i criteri di Bohan e Peter è ritenuta certa in presenza di:**

**a)** Un aumento degli enzimi muscolari e alterazioni elettromiografiche; **b)** Debolezza muscolare con aumento degli enzimi muscolari; **c)**

Esantema (rash eliotropo e papule di Gottron) e tre dei seguenti criteri: 1. debolezza muscolare simmetrica, 2. aumento degli enzimi muscolari, 3. alterazioni elettromiografiche, 4. perdita di miosite alla biopsia muscolare.

**9. Nella dermatomiosite classica sino all'80-85% dei pazienti presenta un aumento di quali dei seguenti autoanticorpi?**

**a)** ANA; **b)** Anti-DNA; **c)** Anti-Jo1.

**10. La terapia della dermatomiosite classica prevede di solito il trattamento iniziale con quale associazione dei seguenti farmaci?**

**a)** Cortisone e metotrexate; **b)** Cortisone e infliximab; **c)** Cortisone e ciclosporina; **d)** Immunoglobuline e metotrexate.

**11. In che percentuali di casi di dermatomiosite può esserci il solo interessamento cutaneo (dermatomiosite amiotopica)?**

**a)** 10% dei casi; **b)** 20%; **c)** 30%.

PAGINE ELETTRONICHE - AMOXICILLINA E RASH NELLA MONONUCLEOSI

**12. A seconda delle casistiche in che percentuale di casi l'infezione da EBV si associa alla comparsa di un rash?**

**a)** 3-15% dei casi; **b)** 15-30% dei casi; **c)** Oltre la metà dei casi.

**13. Una recente revisione della letteratura ha dimostrato che l'uso dell'amoxicillina in corso di mononucleosi:**

**a)** Aumenta il rischio della comparsa del rash; **b)** Non sembra aumentare in modo significativo il rischio della comparsa del rash; **c)** Non vi sono evidenze certe che possano dare una risposta adeguata al quesito clinico.

L'ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI

A TAVOLA CON... I BAMBINI CON DISABILITÀ

**14. In un bambino confinato a letto i fabbisogni energetici giornalieri sono pari a:**

**a)** Metabolismo basale x 1,2; **b)** Metabolismo basale x 1,7; **c)** Metabolismo basale x 2,0.

**15. In una bambina di 3 anni il metabolismo basale è pari a:**

**a)** 53,0 kcal/kg/die; **b)** 42,0 kcal/kg/die; **c)** 32,0 kcal/kg/die.

## Risposte

AGGIORNAMENTO 1=a; 2=a; 3=c; 4=b; 5=Vero; 6=e; 7=Vero; PERCORSI CLINICI 8=c; 9=a; 10=a; 11=b; PAGINE ELETTRONICHE 12=a; 13=b; L'ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI 14=a; 15=a.