

redazione@medicobambino.com

http://www.medicobambino.com

MEDICO E BAMBINO

pagine elettroniche

diretto da Giorgio Bartolozzi e Franco Panizon

Numero 3

Queste pagine verdi rappresentano la finestra su M&B cartaceo delle pagine elettroniche, così come c'è una finestra cartacea sulle pagine elettroniche; noi pensiamo che contengano, in sintesi, un materiale abbastanza interessante anche per i lettori "sulla carta", e che quindi non sia uno spazio sottratto alla Rivista.

Le pagine elettroniche contengono, per ora:

due rubriche per articoli originali

□ casi clinici contributivi

□ ricerca in pediatria ambulatoriale

selezionati da un comitato di referee, pubblicati abstract sulle pagine verdi e in estenso su Internet, di cui vengono inviati 10 estratti agli autori

cinque rubriche redazionali

□ dermatologia per immagini

□ ortopedia per il pediatra

□ messa a punto (breve articolo di aggiornamento)

□ tribuna (problemi caldi)

□ avanzi (novità, riflessioni, varia umanità)

@ posta elettronica (colloquio con i lettori)

CALL FOR PAPER. Le pagine elettroniche offrono lo spazio per una pubblicazione pronta (2 mesi dall'invio), selezionata (referee), qualificata, letta anche fuori dagli stretti confini nazionali. È nostra speranza (una piccola sfida) sviluppare su queste pagine di Internet una rivista viva di contributi originali. Dipendiamo per questo dalla partecipazione generosa dei lettori.

Su questo numero in linea



Rivista cartacea:

Sommario, abstract, antologia

Rivista elettronica:

□ IL CASO Una splenomegalia febbrile con neutropenia (P. Tamaro, C. Malorgio)

□ DERMATOLOGIA Xantogranuloma giovanile

□ ORTOPEDIA Un'osteite multifocale

□ RICERCA Anafilassi per alimenti. Epidemiologia, storia naturale, challenge.

Risultati preliminari (G. Longo, S. Saletta)

□ IL PUNTO SU... La glomerulonefrite post-streptococcica (G. Bartolozzi)

□ TRIBUNA Università e strutture pediatriche al Sud (F. Panizon)

□ AVANZI (G. Bartolozzi)

@ POSTA ELETTRONICA Scriveteci, vi risponderemo a giro... di posta elettronica.

Casi clinici contributivi (abstract)

UNA SPLENOMEGALIA FEBBRILE CON NEUTROPENIA

Paolo Tamaro, Cristiana Malorgio - Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

Il caso

Un bambino di 5 anni si presenta con febbre da una settimana, che non risponde a un trattamento con amoxicillina, conservando uno stato generale buono, ma con la presenza di epatosplenomegalia, che nel giro di una settimana raggiunge i 4 cm (e che crescerà ancora).

Hb 8 g%ml, GB 3.500 (N 35%, L 60%, M 5%), PLT 88.000, VES 96, CRP 4,5%ml; TGO 38, TGP 56, gamma GT 11; Mono-test negativo, Mantoux negativa, sierologia per tifo e brucella negativi, midollo senza segni di infiltrazione blastica.

La febbre scompare in trattamento steroideo, per riprendere immediatamente (2 volte) alla sospensione della terapia e si mantiene per più di 10 gg.

Il problema

Esaurite le diagnosi di prima battuta (mononucleosi, sindrome mononucleosica, tubercolosi, brucellosi, leucemia), quali sono le ipotesi che restano e gli esami che possono contribuire alla diagnosi?

La soluzione

Si sono rivelati essenziali esami che non erano stati chiesti in maniera mirata: il dosaggio delle IgG (3050) molto suggestivo, assieme al resto, di Leishmaniosi e la individuazione delle Leishmanie nel midollo, trovate all'esame biotico.

Il contributo

L'effetto rapido e risolutivo della nuova terapia con amfotericina B lipidica. Alcuni richiami ai trabocchetti diagnostici.



Dermatologia per immagini (a cura di Filippo Longo)

XANTOGRANULOMA GIOVANILE

Una istiocitosi benigna autolimitata.



Ortopedia per il pediatra (a cura di Giuseppe Maranzana)

UN'OSTEITE MULTIFOCALE...

Che si rivelerà, invece, di tutt'altra natura.

Ricerca in pediatria ambulatoriale (abstract)

ANAFILASSI PER ALIMENTI. EPIDEMIOLOGIA, STORIA NATURALE, CHALLENGE. RISULTATI PRELIMINARI

Giorgio Longo, Susanna Saletta - Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

Scopo del lavoro

Migliorare la conoscenza sulla epidemiologia, sulla eziologia, sulla storia naturale e sulla prevedibilità della recidiva della anafilassi da alimenti nel bambino.

Materiali e metodi

Abbiamo studiato retrospettivamente 37 casi giunti alla nostra osservazione in seguito a reazioni anafilattiche da alimenti: generalizzate (ipotensione, shock), cutanee (urticaria, angioedema), gastro-intestinali (vomito, dolori addominali, diarrea) e respiratorie (dispnea, asma, edema della glottide). Di questi 16 si sono sottoposti a un test di scatenamento, secondo un protocollo di dosi subentranti a 20 min una dall'altra, con progressione geometrica della dose.

Risultati

La maggior parte dei casi (24/37) ha presentato un'urticaria generalizzata; 19 hanno avuto manifestazioni respiratorie; 18 hanno avuto angioedema, 12 gastroenterite e 6 shock. Gli allergeni in causa erano in ordine di importanza: il latte (66%), l'uovo (36%), il grano (7%). Nell'80% di questi bambini c'è un precedente di dermatite atopica, nel 77% c'è una familiarità atopica, nel 75% i prick test risultano

positivi per l'alimento in causa.

Dei 37 soggetti, 16 hanno tentato la reintroduzione dell'alimento scatenante, spontaneamente o in maniera programmata. Solo nella metà dei casi (8) si è verificata una reazione clinica.

Il verificarsi dell'evento è stato più spesso sconcertante che concordante per la positività del prick test (concordante per le reazioni pronte, discordante per quelle ritardate); per lo più molto concordante per il grado di eosinofilia; molto più spesso sconcertante che concordante per il tipo di manifestazione clinica (eccetto che per il sintomo vomito, che è apparso di gran lunga il sintomo più difficile da perdere). I sintomi al challenge sono risultati sempre più modesti rispetto all'episodio iniziale.

Discussione

Nella grande maggioranza dei casi le manifestazioni di anafilassi tendono a spegnersi nel tempo. La prova di scatenamento è opportuna, in ambiente protetto e con la tecnica dell'aumento progressivo della dose, prima della socializzazione del bambino, e in genere non prima di 2 anni dal primo episodio. La conta degli eosinofili prevede con buona approssimazione la positività del test di scatenamento.