

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Si dice che la tonsillofaringite streptococcica difficilmente possa manifestarsi nei bambini sotto i 5-6 anni. Perché, invece, la scarlattina è possibile, se non frequente, nei bambini dell'età dell'asilo?

dott.ssa Irene Bruno (Pediatra)
Trieste

L'etiologia e quindi l'epidemiologia, i sintomi (esantema a parte), le complicanze (suppurative e non suppurative) come pure il trattamento della scarlattina, non differiscono da quelle della faringotonsillite streptococcica. L'infezione da streptococco è più frequente nel bambino dell'età della scuola ma, anche se molto rara sotto i due anni, ogni età può essere interessata dall'infezione.

Lattante di 7 mesi allattata al seno e iniziato lo svezzamento. La madre, preoccupata della mancanza di ripresa del ciclo mestruale, mi chiede spiegazioni: La tranquillizzo sulla benignità della condizione e sul fatto che avrebbe potuto continuare serenamente ad allattare. Consultato il suo ginecologo, in base a una ecografia che mostrava un "utero ipotrofico da allattamento" (questo il referto scritto), le consigliava di sospendere di allattare per evitare non meglio identificati problemi futuri di ripresa dell'attività funzionale uterina. La mamma, allarmata, mi chiede un parere e io, interpellato telefonicamente il collega, mi sento rispondere la stessa cosa; anzi, alla mia obiezione di non essere a conoscenza di questa controindicazione all'allattamento, mi risponde di informarmi (!). Scrivo alla vostra rivista per chiedere "lumi", anche se credo di conoscere già la risposta (io la farei continuare ad allattare senza alcuno scrupolo). Ovviamente "illuminerei" il collega in caso fosse lui a non essere abbastanza informato!

dott.ssa Vittoria Profitti (Pediatra di base)
Siderno (RC)

L'allattamento al seno rappresenta uno stimolo attraverso il capezzolo dei meccanismi che indicano la secrezione di prolattina (PRL).

La PRL è in grado di inibire la secrezione delle gonadotropine, quindi della ripresa dei cicli mestruali.

Non è che accada sempre così in tutte le madri che allattano, ma il meccanismo può essere quello descritto nel caso specifico della signora. Continuare ad allattare non è una controindicazione; il fatto che non mestrui non mi sembra un dramma, e probabilmente in questa fase non la disturba proprio.

Posto che l'utero si era abbondantemente sviluppato con la gravidanza partendo da dimensioni fisiologiche, non vedo un motivo per il quale alla ripresa dei cicli non possa tornare nella norma.

Qualora alla sospensione dell'allattamento le mestruazioni non si ripresentassero, andrebbe dosata la PRL per valutare che un'iperprolattinemia (da possibile microadenoma) non si sia sviluppata in corso di allattamento (stimolo cronico).

Allattare ancora, quindi, non compromette la futura diagnostica anche a livello gonadotropinico, qualora con livelli normali di PRL i cicli non ricomparissero.

Ho una bambina di 3 mesi e mezzo, mai vaccinata, che da un mese e mezzo ha una tosse che sarei certo essere una pertosse (non ho fatto fare il dosaggio degli anticorpi perché non facilmente fattibili da queste parti, ma clinicamente sarei sicuro della diagnosi). Ora sta meglio. Posso farle fare la vaccinazione esavalente con anche il vaccino per la pertosse o devo evitare questa componente?

dott. Carlo Giacomini (Pediatra)
Venezia Lido

Sì, anche nel sospetto che possa aver avuto una pertosse, è utile vaccinarla con l'esavalente, come se fosse stata una

tosse qualsiasi. L'ha trattata con un macrolide? La ricerca degli anticorpi nella pratica non è sempre percorribile. Per la diagnosi i due esami principali sono:

1. Far tossire (provocando la tosse, titolando sul secondo anello tracheale) il bambino su una piastra agar-sangue.

2. PCR specifica (poco diffusa in Italia).

A questo punto penso però sia inutile andare a cercare la causa. La prego di ricordarsi che una tosse di tipo pertussoidale la ritroviamo anche nella fibrosi cistica: la bambina ha fatto lo screening neonatale? Se il mio dubbio le sembra giustificato, faccia ricercare gli elettroliti nel sudore e "tocchi ferro".

Un mio paziente sta usando il Protopic con buon risultato. Ho sentito che la FDA ha richiamato l'attenzione su possibili effetti cancerogeni del farmaco. Questa notizia mi turba un po'. Lei ne sa di più?

dott. Giacomo Toffol (Pediatra)

Certamente quella della FDA è una presa di posizione che sottolinea come "non è tutto oro quel che luccica", ma già era noto che questi farmaci avrebbero potuto avere un effetto cancerogeno perché fortemente immunosoppressori. Consideri peraltro che anche prendere il sole (terapia questa raccomandata per la dermatite atopica) ha la sua quota di rischio (credo anche maggiore). Questa uscita della FDA ci dice semplicemente che si devono usare con giudizio, per i tempi utili e sempre come seconda scelta rispetto ai più temuti, ma certamente più collaudati steroidi (si rimanda al Digest, pubblicato su M&B 2005;24(4):246).

Una recente metanalisi, pubblicata sul *BMJ* e mirata a valutare l'efficacia e la tollerabilità del pimecrolimus e tacrolimus, concludeva affermando che entrambi i farmaci sono efficaci nella dermatite atopica, ma la mancanza di studi che ne dimostrino l'innocuità nel lungo termine rende incerto ogni eventuale vantaggio rispetto agli steroidi topici.

L'efficacia del tacrolimus è comparabile agli steroidi topici più potenti e potrebbe avere indicazione nel trattamento delle forme resistenti di dermatite atopica che necessitano di trattamento prolungato nelle sedi più sensibili agli effetti negativi degli steroidi (volto in particolare).

Un bambino di 6 anni si procura una frattura del terzo prossimale dell'omero cadendo sul gomito. La Rx mostra una immagine interpretata come cisti ossea quale causa della frattura stessa.

1. Quali sono gli elementi che permettono di porre la diagnosi e di escludere un tumore?
2. Quali terapie sono possibili? Si è parlato di infiltrazioni ossee, di cosa?
3. È vero che la riparazione della frattura potrebbe causare un rimodellamento spontaneo con risoluzione della cisti?
4. Ma la fisioterapia, dopo una frattura, in generale serve o è un dolore e un impegno inutile?

Pediatra

È possibile che si tratti di una frattura patologica su cisti ossea solitaria, lesione del tutto benigna. In prima istanza bisogna far guarire la frattura con una eventuale riduzione e contenzione in apparecchio gessato, di solito sono sufficienti tre-quattro settimane. Dopo di che, se la lesione cistica non è guarita per il trauma, cosa che succede in una buona percentuale di casi, è possibile guarire la lesione con infiltrazioni ossee. La fisioterapia è indicata se permane una rigidità del gomito. La diagnosi differenziale deve essere fatta con la cisti aneurismatica, per cui, se c'è questo dubbio, a guarigione della frattura è consigliabile una risonanza magnetica.

Un mio paziente di 10 anni ha avuto 2 anni fa uno shock anafilattico in seguito a una puntura di vespa. È stato così iniziato il trattamento desensibilizzante e da un anno fa la dose di mantenimento. Fino a quando dovrà portare sempre con sé l'adrenalina?

dott.ssa Giusi Scornavacca (Pediatra)

Una volta che ha raggiunto la dose di mantenimento (che equivale a una dose piena di veleno di imenottero), è già fuori pericolo e può (deve) "lasciare a casa" l'adrenalina. Il vaccino ha anche (e forse principalmente) l'obiettivo di togliere dalla paura fobica l'interessato. Se lo lasciamo con l'adrenalina in mano, è come se gli dicessimo: "Attento, perché malgrado il vaccino puoi lo stesso morire". E allora a che pro il vaccino?

A una bimba di 3 mesi e mezzo con anca destra 2B di Graf (angolo alfa di 59°) ho prescritto mutandina rigida tipo Giò. L'anca sinistra è normale. Per quanto tempo dovrà indossare la suddetta mutandina? Quando dovrà fare il controllo ecografico? A queste domande dei genitori non ho saputo dare risposta.

dott. Angelo Adorni
Collecchio (PR)

Il controllo ecografico per una displasia in trattamento dovrà essere fatto dopo 1 mese. Il trattamento dovrà essere protratto fino a quando l'anca non si sarà normalizzata.

Vorrei conoscere la vostra opinione sull'uso del RAST per la diagnosi di allergia (alimentare o da inalanti) e la loro attendibilità rispetto al prick.

Esiste un'età minima, al di sotto della quale è inutile eseguire le prove cutanee perché sarebbero (secondo le credenze popolari e alcuni medici, anche allergologi) falsamente negative?

Ricordo di aver partecipato, già alcuni anni orsono, a un incontro a Copanello in cui il dott. Longo ci consigliava di usare soltanto il prick (e la clinica ovviamente!) per le diagnosi di allergia e ci aveva invitato ad abbandonare praticamente l'uso del RAST perché inutile dal punto di vista diagnostico. È cambiato qualcosa?

dott.ssa Vittoria Profitti (Pediatra di base)
Siderno (RC)

Dispiace ricevere questa domanda che dimostra come Lei non abbia letto il re-

cente articolo che è apparso sul numero di novembre 2004 di *Medico e Bambino*, e nel quale ho trattato proprio questo argomento: "Prick e RAST: troppo o troppo poco". In quello scritto vengono ribadite tutte le cose che Lei giustamente ricorda: il RAST non andrebbe praticamente mai fatto, perché è meno sensibile e non aggiunge nulla al prick; il prick si può fare a qualsiasi età; una sapiente valutazione clinica è fondamentale sia per la diagnosi che per l'orientamento terapeutico.

Criptorchidismo operato a 7 mesi, recidivato dopo alcuni mesi e rioperato a 30 mesi, sembra per ora con successo. Il secondo chirurgo ha espresso timori per l'eccessiva precocità del primo intervento: quali danni possono derivare da un intervento di questo tipo fatto a quell'età?

dott. Rosario Cavallo (Pediatra di famiglia)
Lecce

Nella letteratura attuale si verifica una tendenza a operare il criptorchidismo nel primo anno di vita. Operato da un esperto chirurgo pediatra, i rischi non sono diversi che in età superiore ai 2 anni. La letteratura riporta, al contrario, che l'intervento più precoce minimizza il danno sul testicolo.

La mamma di una bimba di circa 5 anni mi riferisce che sua figlia da un po' di giorni presenta continue eruttazioni durante il corso della giornata, anche mentre parla. Mi ha chiesto spiegazioni, ma, in assenza di altri sintomi, non so davvero cosa pensare.

dott. Antonio Guerrieri (Pediatra di famiglia)
Cagnano Varano (FG)

Potrebbe trattarsi di una gastrite acuta (gastrectasia post-virale), oppure di uno stato ansioso con inghiottimento d'aria (specie se di notte sta bene). O ancora pensare a una storia vecchia di reflusso gastroesofageo (meno probabile). Pensare alla compatibilità di quanto sopra e stare a vedere un po'.

M&B è on line (free entrance):
<http://www.medicoebambino.com>