

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

Vorrei un consiglio per una affezione banale, ma che mi lascia sempre piuttosto frustrata e che fa soffrire i bambini, le afte orali.

dott.ssa Giuliana Gola (Pediatra)

Se sono un problema acuto occasionale, le afte hanno per lo più un'eziologia virale e sono autolimitanti. Non credo sia utile alcun farmaco, consigliare l'igiene del cavo orale e poco più.

Quando sono ricorrenti nello stesso bambino, sono oggettivamente una patologia frustrante perché è raro poter dire o fare qualcosa di intelligente o definitivo. Ricorderei che possono essere un sintomo dell'anemia ferripriva o anche della celiachia. Ma se si accompagnano a segni sistemici come la febbre, ricordarsi del Crohn o anche del più raro Behçet. Non va dimenticato, infine, che le afte recidivanti, specie se in sedi fisse, possono essere espressione di fatti microtraumatici, dovuti a malocclusione o a cure ortodontiche (e forse questa ipotesi va sempre vagliata per prima).

Ho una figlia di anni 12; da 2 anni soffre di un'orticaria cronica, con ponfi più o meno voluminosi sul viso, collo, arti, e con episodi di diarrea. Mi sono consultata con diversi allergologi e dermatologi, senza nessuna soluzione. Dalle analisi del sangue, fatte nel 2003, abbiamo escluso una celiachia, e tutti gli autoanticorpi sono risultati negativi, compresi gli anti-tireoglobulina.

Dall'inizio dell'estate le somministro la cetirizina tutte le sere senza interruzioni, con tutto ciò spesso l'indomani ha i ponfi e prurito. Ho paura che la cetirizina non le faccia più effetto. Chiedo a voi specialisti se ci sono delle ulteriori analisi da fare o se ci sono altri rimedi per risolvere questo problema.

Pediatra, Siracusa

Si tratta certamente, come già da Lei affermato, di un'orticaria cronica che, di norma, non riconosce alcuna eziologia

allergica (alimenti, farmaci o altro). È questa una malattia su base immunitaria, il più delle volte legata alla produzione di autoanticorpi (IgG verso il recettore IgE dei mastociti). Gli accertamenti fatti dimostrano indirettamente che chi l'ha gestita fino a ora è ben orientato sul problema. Come tutte le malattie autoimmuni si esaurisce sempre spontaneamente; può durare però anche molti anni.

Il trattamento è soltanto sintomatico. Benissimo la cetirizina, come già da Voi adottato. Il più delle volte nell'orticaria cronica sono però necessarie due compresse al giorno. Se non sufficienti, ma mi sembra che nel suo caso lo siano, può essere associato un antistaminico di 1° generazione (da somministrare alla sera per mitigarne l'effetto sedativo). La cetirizina, come del resto anche gli altri antistaminici, sono privi di effetti negativi, anche se somministrati per molti anni e non danno assuefazione.

Gli accertamenti che ha già fatto sono sufficienti. Potrebbe eventualmente fare ancora un test intradermo con il suo stesso siero, che è un grossolano (poco sensibile) test per evidenziare gli autoanticorpi, ma dovrebbe prima sospendere l'antistaminico per qualche giorno (non sempre facile) e comunque il risultato non farebbe modificare in ogni caso né la diagnosi né la terapia.

Mi è capitato di recente di avere praticato a un mio paziente di 6 anni il richiamo del vaccino MMR contemporaneamente al PPD multipuntura test tubercolinico (come screening), che dopo due-tre giorni presentava una reazione dubbia: una papula di 1,5 mm e un'altra di 1 mm di diametro. Ho fatto praticare una intradermoreazione secondo Mantoux già dopo due giorni dal test multipuntura e dall'MMR ed è risultato negativo. Posso considerarlo attendibile o potrebbe essere già in atto il periodo di anergia al test tubercolinico dopo l'MMR? In tal caso, dopo quante settimane è bene ripetere la Mantoux?

Inoltre, a un'analisi ematologica, gli anticorpi per l'antigene di superficie del virus HepB sono risultati inferiori al valore minimo, malgrado il paziente sia stato regolarmente vaccinato da circa dieci anni. Che valore dare a tali esami?

Pediatra

Sì, come Lei dice, sia il morbillo che la vaccinazione contro il morbillo possono indurre una situazione di anergia, che può portare a una negatività di una reazione alla tubercolina, che dura 2-4 settimane. Essa riguarda solo le manifestazioni di ipersensibilità ritardata, per cui non si possono a essa attribuire i bassi livelli di anticorpi anti-HBs.

Un calo del genere a distanza di 10 anni dalla vaccinazione è un evento comune, che non indica affatto la necessità di una dose di richiamo di HBsAg.

Lattanti con difficoltà di alimentazione non riescono a mangiare la loro quota di latte, allungano gli orari. Se qualche volta mangiano tutto, compaiono eruttazioni e pianti e a volte abbondanti rigurgiti. I tentativi con procinetici o con cambi di latte (idrolisati proteici o latti di soia, o ultimamente Pantolac) di solito non hanno efficacia. A questo punto faccio la diagnosi di ritardato svuotamento gastrico, chiedendo fiduciosa attesa di una risoluzione spontanea del problema. Posso fare qualcosa per risolverlo prima?

dott. Nunzio Lardaro (Pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CE)

Manca l'informazione sulla crescita di questi bambini. Tuttavia il problema si pone di solito quando questi fenomeni si manifestano in bambini con crescita adeguata. Il formalizzare una diagnosi non aiuta quasi mai, anche perché non vi è spazio per una terapia farmacologica. La domanda da porsi a monte è se sia possibile stabilire con sicurezza una quota di latte, che questi bambini debbano mangiare e se non dobbiamo invece accetta-

Domande & Risposte

re, sempre che crescano adeguatamente, un pattern alimentare (tempi e quantità) diverso.

Vorrei dei chiarimenti circa il rapporto che intercorre tra l'indice glicemico (IG) degli alimenti e l'obesità. Più specificamente, un alto IG, provocando una maggiore glicemia postprandiale, induce un più alto picco insulinemico responsabile di un maggiore rebound ipoglicemico che si traduce in una maggiore sensazione di fame che determina un maggiore intake energetico. In altre parole: cibi con più basso IG risultano essere più sazianti e fanno aumentare. Così Autori come il biochimico americano Banny Sears, invitano prima di tutto a ridurre la quota di carboidrati della dieta a non più del 40% delle calorie totali (40-30-30, come indicata dalla famosa "dieta a zona" e da altre) e soprattutto all'interno di questa quota va ridotto il più possibile il consumo di carboidrati ad alto IG (pane, patate, pasta...). Ma l'insulina gioca un ruolo chia-

ve anche nella cascata degli acidi grassi essenziali (omega 6, 3), e un picco iperinsulinemico favorisce la sintesi di eicosanoidi "cattivi" (es. acido arachidonico, trombossano) che mediano la flogosi e i deficit immunologici.

Così da un semplice errore alimentare, o meglio da una semplice scelta alimentare (il consumo di cibi ad alto IG), può derivare una serie di sconvolgimenti metabolici che vanno dall'aumento della massa grassa corporea al forte aumento di rischio di ammalarsi di gravi patologie emocoagulative, cardiocircolatorie, immunologiche, tumorali...

Alla fine vi chiedo (e mi chiedo) se tutto questo sia verosimile o se invece si tratti dell'ennesima burla metropolitana.

dott. Antonio D'Adamo (Pediatria di famiglia)
Pergine, Valsugana (TN)

Non è una bufala, ma non occorre fare il "fondamentalismo alimentare", si può mangiare di tutto, basta regolare le quantità e le associazioni degli alimenti. Una sana (varia ed equilibrata) dieta

mediterranea non si scosta poi molto da una rigida dieta "a zona". È certo che un abuso di cibi con alto indice glicemico porta a picchi insulinemici elevati, quindi a sintesi di tessuto adiposo ecc. Tra i cibi con indice glicemico più elevato possiamo annoverare soprattutto il pane, specie quello più raffinato, la pizza e le patate. Riso e pasta nella giusta quantità vanno bene, polenta e cous cous a grana più grezza sono utilizzabili in misura superiore a pasta e riso. La cottura può modificare l'indice glicemico, quindi pasta e riso al dente, non piatti scotti. Andrebbe poi evitato di sommare più tipi degli stessi carboidrati (regoletta che io chiamo delle tre P: pasta, pane, patate, mai associarle; o mangi l'una o l'altra).

Il controllo dell'indice glicemico può essere ottenuto associando ai pasti la fibra, quindi sempre verdure ai pasti e così via. È chiaro infine che il saccarosio e il fruttosio hanno indici glicemici elevati, quindi consumare la frutta meno dolce e dolci più grezzi con scarso contenuto in saccarosio.

P