

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, VACCINI

Come gestire il riscontro occasionale, ad esempio in occasione di una ecografia alle anche, di cisti ovariche neonatali?

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Caserta)

Il riscontro prenatale di cisti va seguito nel corso della gravidanza, soprattutto se le dimensioni sono al di sopra dei 4-5 cm, per il rischio di complicanze quali la comparsa di emorragia intracistica e la torsione. Ricordo che il rischio di perdere un ovaio è fra le indicazioni per il parto pretermine.

Le medesime indicazioni (diametro superiore ai 4-5 cm) e i medesimi rischi valgono anche per il periodo post-natale, come pure per il riscontro occasionale: va controllata nel tempo l'evoluzione, soprattutto se si tratta di cisti bilaterali. La puntura diretta per svuotamento può avere senso per prendere tempo e a volte a scopo diagnostico, sempre e comunque in assenza di segni ecografici di gravità (dimensioni della cisti e depositi intracistici emorragici).

Gentile dott. Longo, dopo le rivoluzionarie novità da Lei proposte a Confronti 2008, ho cercato di costruirmi un quadro mentale in cui "risistemare" le mie nozioni in merito ad alimentazione del lattante e atopica. Il bell'articolo, scritto da Lei e dal prof. Panizon sul numero di marzo di "Medico e Bambino", porta altra carne al fuoco, un po' mi chiarisce le idee e un po' mi pone altre domande, probabilmente dovute alla mia ignoranza circa la patogenesi della dermatite atopica e forse alla mentalità un po' scolastica del sottoscritto; idee e domande che provo a formulare.

La via transcutanea (attraverso le lesioni eczematose) è la via impropria attraverso la quale si attiva la risposta Th2-mediata dell'allergia. La dermatite atopica non è dunque una manifestazione allergica, ma una possibile causa di al-

lergia. Perché allora considerarla ancora un epifenomeno dell'allergia, insieme ad anafilassi e asma? Oltre a essere porta della sensibilizzazione, la cute è anche organo bersaglio dell'allergia?

Oppure un eczema importante, per estensione e ricorrenza, deve fare pensare all'allergia, in quanto esiste un'alta probabilità che abbia già giocato il ruolo di "porta d'ingresso dell'allergia" e quindi può giustificare il ricorso alle prove cutanee per la ricerca di allergeni che abbiano già dato sensibilizzazione specifica?

dott. Alberto Neri

Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

Mi sembra che quanto da Lei compreso sia corretto. La dermatite atopica è fondamentalmente una patologia da "difetto di barriera", determinata geneticamente da geni diversi da quelli che sottendono all'atopia.

Sinteticamente, il difetto di barriera comporta un'eccessiva perdita di acqua e un eccessivo ingresso di sostanze estranee nel derma (irritanti, germi, allergeni inalatori e alimentari). Questo, a cascata, produce una modificazione dell'immunità in senso Th2, con una conseguente produzione di IgE specifiche (verso i comuni allergeni, ma anche verso lo stesso stafilococco aureo) e di un'inflammatione eosinofila, che è l'aspetto istopatologico caratterizzante la lesione dermatitica.

È giusto pertanto considerare il difetto di barriera come la causa, non l'effetto, della sensibilizzazione allergica. Quest'ultima sarà più precoce e multipla, più importanti ed estese sono le lesioni dermatitiche. I test allergologici servono per evidenziare questi eventi, non per curare (con le diete di esclusione) la dermatite.

Ha senso tenere sotto inibitori di pompa o ranitidina un neonato operato per

atresia esofagea con fistola esofago-tracheale? Se sì, per quanto tempo (il bambino è attualmente asintomatico)?

dott. Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

La terapia con inibitore di pompa o ranitidina è indicata, dopo l'intervento di correzione per atresia esofagea, per controllare il reflusso gastroesofageo, pressoché sempre presente in questi casi e dovuto allo "stiramento" dell'esofago verso l'alto come esito dell'anastomosi. La gravità del reflusso dipenderà principalmente dalla lunghezza del gap esofageo atresico.

Dopo 6-12 mesi dall'intervento, la necessità di proseguire la terapia andrà rivalutata, studiando attentamente l'esofago (con endoscopia); in caso di assenza di alterazioni anatomiche all'esame endoscopico (esofagite, ernia), l'interruzione della terapia andrà guidata dall'esecuzione di una pH-metria.

In caso di normalità della pH-metria, dopo la sospensione della terapia antiacida andrà programmato un follow-up con almeno un altro esame endoscopico alla pubertà (esistono casi di ernia o esofagite a insorgenza tardiva).

In presenza di una perdita di udito neonatale monolaterale, vi è differenza rispetto a una perdita bilaterale?

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Caserta)

Per l'acquisizione del linguaggio è sufficiente un orecchio solo. Bisogna però tenere conto che sarà necessario rivolgersi al bambino verso il lato normouidente. Si dovrà tenere conto di ciò anche durante la frequenza scolastica. L'unico problema è la mancata localizzazione del suono, che è obbligatoriamente legata alla bilateralità dell'organo dell'udito.