

# Letteratura in pillole

## **Bonchiolite: finalmente un marker di gravità**

Nel numero di febbraio di *Pediatrics* un gruppo del Texas suggerisce che la determinazione dell'LDH nel lavaggio nasale di bambini con bronchiolite possa far prevedere la gravità della malattia e la necessità di ricovero. L'LDH extracellulare indica danno cellulare ed infiammazione, e la sua misurazione nel lavaggio broncoalveolare è comunemente utilizzato come surrogato per la dimostrazione di patologie infiammatorie. Sono stati studiati 94 bambini, nel cui lavaggio nasale sono stati determinati oltre ai livelli di LDH anche quelli di varie citochine e delle caspasi come marker di apoptosi (naturalmente assieme agli studi virologici).

I livelli più elevati di LDH nel lavaggio nasale (>365 U/ml) sono stati associati ad un decorso clinico meno grave e ad una minore probabilità di ricovero, con una riduzione dell'81% rispetto ai bambini con livelli inferiori, ad indicare che una maggiore risposta infiammatoria sia in qualche modo protettiva.

Questo lavoro è la prosecuzione di uno precedente dello stesso gruppo, sulla stes-

sa casistica, nel quale era già stata suggerita la stessa conclusione: i bambini con una maggiore risposta infiammatoria innata avrebbero un decorso meno grave della bronchiolite (*J Infect Dis.* 2007;195:1532-1540).

E' però il primo finora pubblicato che utilizzi l'LDH nasale come marker di gravità. In attesa di ulteriori conferme (e di analisi seriate dei lavaggi nasali) i grafici allegati indicano qualche difficoltà di utilizzo nel singolo caso, perché comunque alcuni bambini con livelli elevati di LDH hanno avuto necessità di ricovero, e nei pochi intubati non sono state rilevate differenze significative.

Forse potrebbe rivelarsi più utile un altro aspetto, poco evidenziato nell'articolo (e che va in direzione opposta alla tesi di fondo): livelli di LDH < 12 U/ml non sembrano associarsi a necessità di ricovero.

Laham FR, Trott AA, Bennett BL et al.. **LDH Concentration in Nasal-Wash Fluid as a Biochemical Predictor of Bronchiolitis Severity.** *Pediatrics* 2010;125:e225-e233

Il presente lavoro è stato realizzato dal dott. Agostino Nocerino con la collaborazione di: Anna Di Benedetto, Elisa Coassin Eva Busolini, e Caterina Forchi del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Udine



## Una colla per le ferite del letto ungueale?

I traumi della punta delle dita con interessamento del letto ungueale sono tra le più comuni cause di accesso ai Pronti Soccorsi pediatrici o di Chirurgia Pediatrica, e vengono usualmente trattati con rimozione del piatto ungueale, sutura della ferita e sostituzione del piatto ungueale.

Un gruppo di Parigi pubblica nel fascicolo di febbraio del *Journal of children' orthopaedics* i risultati della sua esperienza con un adesivo tissutale (Dermabond®) in 30 bambini con ferite del letto ungueale, in gran parte trasversali e causate dalla chiusura del dito in una porta. L'adesivo veniva applicato dopo rimozione dell'unghia, in anestesia generale (anche se potrebbe essere eseguita con sedazione cosciente), fissando la lacerazione sotto il piatto ungueale. L'esatto posizionamento anatomico del letto ungueale leso è basilare per una buona riuscita della riparazione. I risultati cosmetici sono stati nella gran parte dei casi buoni o molto buoni, comunque soddisfacenti nel terzo restante, tanto che la metodica rappresenta attualmente la procedura di scelta nel loro Dipartimento, vista la maggiore rapidità di esecuzione ed il risparmio della successiva rimozione delle suture. Questa

modalità di riparazione non può però essere utilizzata in caso di fratture diafisaria della falange distale, che compromettono la stabilità del dito (mentre può essere eseguita in caso di fratture parcellari distali)

Langlois J et al. **The use of 2-octylcyanoacrylate (Dermabond®) for the treatment of nail bed injuries in children: results of a prospective series of 30 patients.** J. Child Orthop. 2010;4:61-65

Il presente lavoro è stato realizzato dal dott. Agostino Nocerino con la collaborazione di: Anna Di Benedetto, Elisa Coassin Eva Busolini, e Caterina Forchi del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Udine



## Lo score per l'appendicite: un utilizzo più efficace?

Nel 1992 Samuel propose un semplice punteggio clinico per la diagnosi di appendicite in età pediatrica, suggerendo che con un cut-off a 5 fosse possibile distinguere i bambini con appendicite da quelli senza (*J Pediatr. Surg. 2002; 37:877-81*). Ma la sensibilità e la specificità del test non si è dimostrata abbastanza soddisfacente.

Un gruppo di Montreal ne propone un utilizzo più efficace, con due valori soglia. In una serie di 246 ragazzi di età 4-18 anni un punteggio inferiore a 4 avrebbe permesso di escludere la diagnosi di appendicite con una sensibilità del 97,6%; un punteggio superiore ad 8 avrebbe identificato la necessità di appendicectomia con una specificità del 95,1%. In pratica 8 ragazzi sarebbero stati operati inutilmente, contro i 12/95 che sono stati effettivamente operati utilizzando criteri diagnostici tradizionali (8,8% contro 12,6%), ma il 2,4% di casi di appendicite sarebbe sfuggito.

Risultati simili erano stati riportati da un altro gruppo canadese, con due valori soglia rispettivamente a 2 per escludere l'appendicite e a 7 per confermarla (*J Pediatr 2008;153:278-82*), ma era stato inserito un numero imprecisato di bambini cui non

erano stati eseguiti esami ematici, con possibile confusione dei risultati.

Bhatt M. et al. **Prospective Validation of the Pediatric Appendicitis Score in a Canadian Pediatric Emergency Department.** *Acad. Emerg. Med.* 2009; 16:591-5

Segni e sintomi	Punteggio
Dolore con la tosse la percussione o il salto	2
Anoressia	1
Febbre	1
Nausea/vomito	1
Dolore quadrante inferiore destro	2
Leucocitosi >10.000	1
Neutrofilia	1
Migrazione del dolore	1
Totale	10

**Punteggio ≤ 4:** Dimissione

**Punteggio 5-7:** Osservazione, esami ulteriori

**Punteggio ≥ 8:** Appendicectomia

Il presente lavoro è stato realizzato dal dott. Agostino Nocerino con la collaborazione di: Anna Di Benedetto, Elisa Coassin Eva Busolini, e Caterina Forchi del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Udine



## **Caso clinico: Uno strano rifiuto dei cibi solidi**

Bambina di 12 mesi, con storia da un mese di rifiuto dei cibi solidi e vomito. Peso al terzo centile (ma all'età di 1 mese era al 50°). Esami negativi. All'esofagoscopia, riscontro di una batteria al litio inglobata nella mucosa esofagea.

*Messaggio:* Considerare sempre la possibilità di un corpo estraneo in un bambino con disfagia, anche in assenza di una storia di ingestione.

Ravikumara M. **Food refusal in 1-year old child.**  
Eur. J. Pediatr. 2010; 169: 373-374

Il presente lavoro è stato realizzato dal dott. Agostino Nocerino con la collaborazione di: Anna Di Benedetto, Elisa Coassin Eva Busolini, e Caterina Forchi del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Udine

