

PRINCIPALI FASI DELLO SVILUPPO

(*Pediatrics*. 2022;149(3):e2021052138)

Età	Funzione motoria grossolana	Funzione visiva/motoria/ Risoluzione dei problemi	Linguaggio	Comportamento sociale/ adattativo
1 mese	Solleva la testa dalla posizione prona	Si fissa visivamente, segue la linea mediana, ha una presa stretta	Reagisce al suono	
2 mesi	Tiene la testa nella linea mediana, tiene la testa in alto quando è a pancia in giù, apre brevemente le mani	Ti guarda mentre ti muovi, guarda il giocattolo per diversi secondi	Emette suoni diversi dal pianto, reagisce ai suoni forti	Riconosce il genitore, guarda il viso, sorride socialmente (dopo essere stato accarezzato o aver parlato con lui)
4 mesi	Tiene la testa ferma senza supporto, tiene un giocattolo se messo in mano, porta le mani alla bocca, spinge fino ai gomiti quando è a pancia in giù	Se affamato apre la bocca quando vede il biberon/seno, guarda le mani	Gira la testa verso la voce, tubando ("ooo" e "ahhh")	Si diverte a guardarsi intorno, sorride da solo, cerca di attirare la tua attenzione
6 mesi	Rotola dalla pancia alla schiena, si appoggia sulle mani per sostenerle quando è seduto	Portata unilaterale, usa la presa rastrellante, mette le cose in bocca	Emette rumori striduli, fa le pernacchie, alterna emissione di suoni	Riconosce che l'estraneo, ride
9 mesi	Si siede senza supporto, usa le dita per "rastrellare" il cibo verso se stesso, sposta le cose da una mano all'altra	Cerca gli oggetti quando cadono fuori dalla vista, sbatte 2 cose insieme	Emette suoni diversi come "mamamama" e "babababa", solleva le braccia per essere preso in braccio	Mostra diverse espressioni facciali (felice, triste, ecc.), guarda quando lo chiami per nome, gioca a cucù, inizia a esplorare l'ambiente
12 mesi	Si tira su per stare in piedi, naviga, beve dalla tazza senza coperchio mentre la si tiene, usa la presa a tenaglia	Mette qualcosa in un contenitore (ad es., un oggetto in una tazza), cerca le cose che vede che nascondi	Chiama il genitore "mamma" o "papà", saluta con la mano, capisce "no"	Gioca a giochi di gesti (ad es., batti le mani)

(Continua)

15 mesi	Fa qualche passo da solo, usa le dita per nutrirsi	Cerca di usare le cose nel modo giusto (telefono, tazza o libro), impila almeno 2 piccoli oggetti come blocchi	Cerca di dire 1-2 parole oltre a mamma o papà come "ba" o "da", guarda l'oggetto familiare quando gli dai un nome, segue le indicazioni date sia con un gesto che con le parole, indica	Imita altri bambini, mostra affetto, applaude, abbraccia un peluche o altro giocattolo
18 mesi	Cammina in modo indipendente, scarabocchia spontaneamente, beve dalla tazza senza coperchio e a volte si rovescia, cerca di usare un cucchiaino, sale e scende dal divano	Ti copia mentre fai le faccende domestiche, gioca con i giocattoli in modo semplice	Cerca di dire >3 parole oltre a mamma o papà, segue le indicazioni in 1 passaggio	Imita il genitore nei compiti, indica per mostrarti, guarda alcune pagine di un libro, ti aiuta a vestirlo
2 anni	Calcina un pallone, corre, sale qualche scala con o senza aiuto, mangia con un cucchiaino	Tiene qualcosa in una mano mentre usa l'altra mano, cerca di usare interruttori/manopole/pulsanti, gioca con >1 giocattolo alla volta	Usa frasi di 2 parole, indica almeno 2 parti del corpo, usa più gesti oltre a salutare e indicare	Si accorge quando gli altri sono feriti o sconvolti, osserva il tuo viso per vedere la reazione
30 mesi	Salta da terra con entrambi i piedi, gira le maniglie delle porte, si toglie alcuni vestiti, gira le pagine del libro uno alla volta	Gioca con la finzione, segue le istruzioni in 2 passaggi, conosce almeno un colore, sta in piedi su un piccolo sgabello per raggiungere qualcosa	~50 parole, dice >2 parole con 1 parola d'azione, nomina le cose in un libro, usa i pronomi	Gioca accanto ad altri bambini, a volte gioca con loro, segue semplici routine
3 anni	Lega gli oggetti insieme come grandi perline, indossa alcuni vestiti da solo, usa la forchetta	Copia un cerchio, evita di toccare oggetti caldi quando viene avvertito	Conversa con te usando almeno 2 scambi di battute avanti-indietro, pone domande chi/cosa/quando/dove/perché, dice il nome, parla abbastanza bene da far capire agli altri la maggior parte del tempo	Gioca in gruppo, condivide giocattoli, fa i turni, gioca bene con gli altri, si calma entro 10 minuti dopo che il genitore se ne è andato

4 anni	Prende una palla grande per la maggior parte del tempo, sbottona alcuni bottoni, tiene il pastello tra le dita e il pollice (non a pugno)	Nomina alcuni colori, disegna una persona con >3 parti del corpo, racconta cosa viene dopo in una storia	Dice canzoni, storie o filastrocche a memoria, risponde a domande semplici, dice frasi con >4 parole	Finge di essere qualcosa durante il gioco, gioca in modo cooperativo con un gruppo di bambini, conforta gli altri, evita il pericolo
5 anni	Si abbottona/sbottona, salta su 1 piede	Conta fino a 10, usa le parole sul tempo, presta attenzione per 5-10 min. durante le attività, scrive alcune lettere nel loro nome, nomina alcune lettere quando indichi	Risponde a semplici domande su un libro/storia dopo averlo letto, mantiene viva la conversazione con scambi >3, usa o riconosce semplici rime	Gioca a giochi competitivi, rispetta le regole, fa semplici faccende domestiche, canta, balla o recita

MANTENIMENTO DI UNO STATO DI BUONA SALUTE

(Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. 2017)

Età	Indicazioni preventive	Screening
Neonato	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento di peso, alimentazione • Sicurezza del lettino (culla propria in camera dei genitori, doghe strette con le sponde laterali, testiera del letto, no lenzuola allentate) • Seggiolino auto rivolto all'indietro nel sedile posteriore • Sicurezza domestica (rilevatori di fumo, temperatura dell'acqua <37 °C, divieto di fumare) • Numeri telefonici di emergenza, RCP 	<ul style="list-style-type: none"> • Screen genetico del neonato • Udito (se non eseguito in ospedale) • Depressione post-partum • Vista, BP (se fattori di rischio/preoccupazioni)
1 mese	<ul style="list-style-type: none"> • Iniziare i giochi a pancia in giù sorvegliati • Sviluppare le routine, individuando gli stimoli • Calmare il bambino dondolando, parlando, abbracciandolo, non scuoterlo mai • Sicurezza dei giocattoli (attenzione ad anelli, corde, stringhe, cavi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressione post-partum materna • TB (se fattori di rischio)
2 mesi	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie per ↑ precisione • Piano di rientro a scuola/lavoro • Tenere oggetti di piccole dimensioni, sacchetti di plastica fuori dalla portata • Sorvegliare sempre quando si trova in posizione eretta o in vasca 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare lo screening dell'udito e, se necessario, eseguire nuovamente il controllo dell'udito

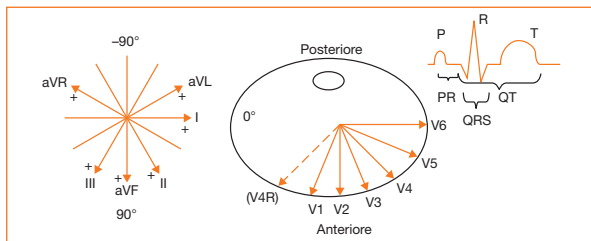
(Continua)

ELETTROCARDIOGRAFIA

CONCETTI BASE DELL'ECG

(Park's Pediatric Cardiology, 6th ed. 2014, Ch 3)

- ECG standard (12 derivazioni): 6 derivazioni precordiali (V1-V6), 3 derivazioni bipolari per arto (I, II, III) e 3 derivazioni unipolari (aVR, aVL, aVF).
- Velocità di stampa 25 mm/s → quadretti piccoli dimensioni = 0,04 s; quadretti grandi dimensioni = 5 quadretti di piccole dimensioni = 0,20 s.
- Voltaggio 10 mm/mV → 1 mm = 0,1 mV.



- **Onda P:** depolarizzazione atriale; **complesso QRS:** depolarizzazione ventricolare; **onda T:** ripolarizzazione ventricolare.

APPROCCIO ALL'INTERPRETAZIONE DELL'ECG

(Park's Pediatric Cardiology, 6th ed. 2014:Ch 3; Heart, 2005;91(12):1626–1630)

- Importante avere un approccio sistematico, controllare la velocità di scorrimento e il voltaggio:
 - **F.C.** = 300 + # di grandi quadretti tra onde R. Se il ritmo è irregolare contare le onde R lungo la striscia × 6.
 - **Ritmo:** regolare (intervalli R-R costanti) vs. irregolare? Seno? (asse P normale: + in II, III, e aVF; no Δ nella morfologia di P, QRS dopo ogni P; PR costante).
 - Variazione del ritmo con l'attività respiratoria (aritmia sinusale) è un risultato normale.
- **Asse:** l'asse normale si basa sull'età; cercare + onde R nelle derivazioni degli arti. DI = 0° e aVF = 90°.

Onde R in I	Onde R in aVF	Gradi	Asse	Cause
(+)	(+)	0 a 90	Normale	
(+)	(-)	0 a -90	LAD	LVH, LBBB, diagnosi miocardica
(-)	(+)	90 a 180	RAD	RVH, RBBB
(-)	(-)	-90 a -180	RAD estremo	RAD è normale nei neonati

- **Intervalli:** valutazione prolungamento/riduzione e innalzamento/depressione.
 - **PR:** prolungato = 1° BAV. Breve con WPW, pacemaker ectopico, malattia da accumulo di glicogeno.
 - **QRS:** lungo se > 0,08 ms se < 8 anni o > 0,10 ms se > 8 anni; a causa di qualsiasi conduzione non-His-Purkinje: LBBB, RBBB, ritmo ventricolare, blocco fascicolare, WPW, iperkaliemia, farmaci.

- QT: dall'inizio di Q fino al termine di T; corretto per HR con formula di Bazett ($QT_c = QT/\sqrt{RR}$).
- In effetti, quando si osservano alterazioni localizzate del segmento ST nei bambini, è raro che queste indichino ischemia miocardica. Piuttosto, potrebbero essere segni di altre condizioni, come uno sforzo miocardico che supporta l'ipertrofia ventricolare, o patologie infiammatorie come la miocardite o la pericardite.
- **Morfologia delle onde**
 - Onde P: circa la morfologia delle onde, le possono fornire indizi importanti sulla funzione del cuore.
 - Ad esempio onde P più larghe di 2,5 mm in II e/o bifasiche in V1, potrebbero indicare un possibile ingrandimento dell'atrio sinistro.
 - D'altra parte, onde P più alte di 2,5 mm in II potrebbero suggerire un ingrandimento dell'atrio destro.
 - Per quanto riguarda le onde Q, se sono ampie (più di 1 quadretto) e profonde (più di 5 quadretti) in V5/V6, questo potrebbe essere un segno di ipertrofia settale. In un neonato, onde Q ampie e profonde in aVL potrebbero indicare una condizione chiamata ALCAPA (Anomalous Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery).
 - Onde R: rapporto R:S inizialmente > 1 in V1/V2 e < 1 in V5/V6. ~ 3 anni il rapporto R:S diventa < 1 in V1/V2 e > 1 in V5/V6. Alcuni soggetti presentano un ECG di tipo giovanile fino a 8-12 anni.
 - Per quanto riguarda i criteri per l'ipertrofia ventricolare destra (RVH), ci sono diversi segni da considerare. Questi includono: RAD (deviamento assiale destro), un'onda R in V1 che supera i valori normali per l'età, un'onda S in V6 che supera i valori normali per l'età, un'onda qR o un'onda R pura in V1, un'onda T positiva in V1 nei pazienti sotto i 12 anni, un pattern rSR' in V1, dove R' è maggiore di R e ≥ 5 mm.
 - Per quanto riguarda l'ipertrofia ventricolare sinistra (LVH), i criteri principali sono: un'onda R in V6 che supera i valori normali per l'età, un'onda S in V1 che supera i valori normali per l'età. Tieni presente che i criteri per la LVH hanno una bassa sensibilità e specificità, quindi è importante considerarli insieme ad altri fattori clinici.
 - Onde T: Δ con l'età. Primi 3 giorni sale in V1-V3, poi inverte. Δ regredisce durante l'infanzia a partire da V3 \rightarrow V1. Onda T in V5/V6 dovrebbe essere + a tutte le età.

Parametri ECG per età

Età	HR	Intervallo PR	Asse QRS (°)	Intervallo QRS	Limite QTc
0-1 sett	90-160	0,08-0,15	60-180	0,03-0,08	<0,49
1 sett-2 mesi	100-180	0,08-0,15	45-160	0,03-0,08	<0,49
2-6 mesi	105-185	0,08-0,15	0-135	0,03-0,08	<0,49
6 mesi-1 anno	110-170	0,07-0,16	0-135	0,03-0,08	<0,45
1-8 anni	90-165 (1-2 anni) 65-140 (>2 anni)	0,09-0,17	0-110	0,04-0,08	<0,45
8-16 anni	60-130	0,09-0,17	-15-110	0,04-0,09	<0,45
>16 anni	50-120	0,12-0,20	-15-110	0,05-0,10	<0,45

CRESCITA, PUBERTÀ E CONDIZIONI ASSOCIATE

ALTEZZA

- Altezza media negli Stati Uniti: femmine 162 cm, maschi 175 cm.
- Target genetico = (altezza materna + altezza paterna \pm 12,5 cm)/2.
- (Aggiungere 12,5 per i maschi, sottrarre 12,5 per le femmine).
- Potenziale genetico = altezza media genitoriale \pm 10 cm.
- Età ossea (radiografia mano e polso di sinistra), deve corrispondere all'età del paziente, essere correlata con la velocità di crescita prevista e la pubertà.
- Principi sulla velocità di crescita: (da AAFP).

Età	Velocità di crescita (per anno)
Nascita fino a 12 mesi	23-27 cm
12-24 mesi	10-14 cm
2-3 anni	8 cm
3-5 anni	7 cm
5 anni fino alla pubertà	5-6 cm
Pubertà:	Femmine: 8-12 cm
(si veda di seguito per i dettagli)	Maschi: 10-14 cm

- Deviazioni dall'altezza attesa:

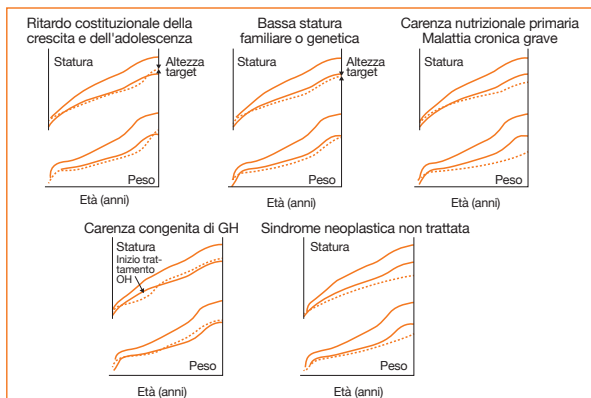
Diagnosi	Aspetto età ossea	Velocità di crescita	Pubertà	Altezza adulta
Alta statura familiare	Appropriato	Appropriata per l'età	Appropriata per l'età	Altezza appropriata per l'età (compatibile con target genetico)
Obesità	Avanzato	Corrisponde a età avanzata	Raggiunta a età più giovane	Spesso non alterata; spesso inferiore alle aspettative
Pubertà precoce	Avanzato	Corrisponde a età avanzata	Raggiunta a età più giovane	Probabilmente inferiore alle aspettative
Sindrome genetica con alta statura	Appropriato	Dipende dalla sindrome	Appropriata se non influenzata dalla sindrome	Alta
Bassa statura familiare	Appropriato	Appropriata per l'età	Appropriata per l'età	Bassa (coerente con target genetico)
Ritardo costituzionale della crescita	Più giovane	Corrisponde a età più giovane	Raggiunta a età più giovane	Non influenzata (altezza media dei genitori)
Deficit di ormone della crescita	Più giovane	Corrisponde a età più giovane	Normale o ritardata	Dipende dal trattamento
Sindrome genetica con bassa statura	Appropriato	Dipende dalla sindrome	Appropriata per l'età se non influenzata dalla sindrome	Bassa
Malattia cronica	Appropriato	Appropriata per l'età	Normale o ritardata	Bassa

Statura alta

- Definita come lunghezza o altezza $>95^{\circ}$ percentile o 2 deviazione standard sopra la media per età.
- Diagnosi differenziale: alta statura familiare, eccesso di ormone della crescita (GH), sindrome di Klinefelter, sindrome di Marfan, CAH ad insorgenza tardiva, può essere secondaria a obesità, oppure ad altre sindromi genetiche (Beckwith-Wiedemann, Sotos, sindrome Marshall-Smith).
- Workup:
 - 1° – Esame fisico (caratteristiche dismorfiche, obesità, stadio Tanner), target genetico e velocità di crescita.
 - Se entro 5 cm rispetto al target genetico, compatibile con alta statura familiare.
 - 2° – Età ossea – età ossea normale compatibile con alta statura familiare, avanzata come nella pubertà precoce (può essere associata a CAH a tarda insorgenza) o eccesso di GH.
 - 3° – Misurare le proporzioni corporee; in particolare il rapporto tra la parte superiore e inferiore del corpo (normale nell'infanzia tra 0,89-0,95) e l'apertura delle braccia (arm span) (normalmente 1 cm più corta dell'altezza dell'infanzia e pari all'altezza dell'adolescenza).
 - Klinefelter ha \uparrow apertura delle braccia (arm span), Marfan ha un \downarrow rapporto corporeo parte superiore: parte inferiore.

Statura bassa

- Definito come altezza $<5^{\circ}$ percentile o 2 deviazione standard sotto la media per età.
- Diagnosi differenziale: bassa statura familiare, ritardo di crescita costituzionale, deficit di GH, sindrome genetica (Turner, Prader-Willi, Noonan), malattia cronica, displasia scheletrica, ipotiroidismo, malassorbimento (celiachia non diagnosticata, IBD).
- Vi sono curve di crescita suggestive per molte condizioni.



Riprodotta per gentile concessione da Rose SR, Vogiatzi MG, Copeland KC. A general pediatric approach to evaluating a short child. *Pediatr. Rev* 2005;26(11):410-420.

- **Debolezza prossimale progressiva:** SMA, distrofia muscolare, miastenia, miopatia infiammatoria (dermatomiosite, polimiosite), gangliosidosi GM2 (deficit di esosaminidasi A), miopatia metabolica, miopatia endocrina.
- **Debolezza distale progressiva:** malattia dei motoneuroni, neuropatia, miopatia.

Workup

- **Anamnesi:** tempistica, traumi, cefalea, convulsioni, febbre, dieta, farmaci/tossine.
 - Disturbi neuromuscolari → lento sviluppo motorio, facile affaticabilità, cadute frequenti, andatura anomala (steppage, camminata sui piedi, andatura ondeggiante), disabilità specifica (Mingazzini arti superiori ed inferiori, tempo di contrazione e rilascio della mano).
- **Esame obiettivo:**
 - Esame neurologico (NC, sensibilità, coordinazione, ROT, sollevamento dalla posizione seduta – ricercare il segno di Gower, andatura); esame MSK (massa muscolare, tono, forza).
- **Neuroimaging:**
 - Qualsiasi deficit di forza focale indicativa di lesione del sistema nervoso centrale richiede una risonanza magnetica immediata.
- **EMG/studi di conduzione nervosa.**

Trattamento

- La gestione dipende dall'eziologia, indipendentemente dalla funzione respiratoria (alcune eziologie possono essere associate a debolezza diaframmatica).

	Motoneurone superiore		Motoneurone inferiore		
	SNC	Cellula del corno anteriore	Nervo periferico	NMJ	Muscolo
Forza	Normale/↓	↓	↓	↓	↓
Tono	↑/↓	↓	↓	Normale/↓	↓
ROT	↑/Clono	↓	↓	Normale/↓	Assente/↓
Massa muscolare	Normale (possibile atrofia da mancato uso)	Atrofia prossimale	Atrofia distale	Normale o atrofizzata	Atrofia prossimale, pseudoipertrofia distale
Fascicolazioni muscolari	Assenti	Presenti	Assenti	Assenti	Assenti
Sensorio	Normale	Normale	↑/↓	Normale	Normale

NEONATO IPOTONICO

(Fenichel's Clinical Pediatric Neurology. 7th ed. 2013;147-169;
 Pediatr Rev 2009;30:e66-e76)

Definizione

- Ipotonia = diminuita resistenza dei muscoli allo stretching passivo.
 - Debolezza = diminuita capacità di muovere i muscoli contro resistenza.
 - I neonati ipotonici possono avere una forza normale.

Diagnosi differenziale

- **Cause centrali:** HIE, emorragia intracranica, infezione intracranica, malattie genetiche/cromosomiche (T21, Prader-Willi), ipotiroidismo congenito, errori congeniti del metabolismo, malattie metaboliche.

- **Cause periferiche**
 - **Cellule del corno anteriore** – SMA infantile, mielopatia traumatica.
 - **Nervi periferici** – CMT.
 - **NMJ** – miastenia congenita, botulismo infantile, tossicità da Mg, tossicità da aminoglicosidi.
 - **Muscoli** – miopatia congenita.

Workup

- **Anamnesi:** prenatale/perinatale, familiare e dello sviluppo.
- **Esame obiettivo:** valutare il tono muscolare, osservando elementi come il “head lag” e la sospensione orizzontale e verticale, oltre al tono degli arti. Un esame neurologico completo è fondamentale, prestando attenzione a eventuali caratteristiche dismorfiche e ai riflessi, che possono aiutare a distinguere tra eziologie centrali e periferiche.
- **Laboratorio:** è consigliabile controllare i livelli di elettroliti, le funzioni epatiche, l'ammoniemia il glucosio, la creatina chinasi (CK) e i titoli TORCH. Inoltre, è utile eseguire uno screening per errori congeniti del metabolismo, analizzando aminoacidi plasmatici, acidi organici urinari, lattato, piruvato e il profilo degli acilcarnitini. Infine, il cariotipo e i test genetici molecolari, insieme agli studi del liquido cerebrospinale (CSF) come proteine, glucosio e colture, possono fornire ulteriori informazioni preziose.
- **Neuroimaging:** la risonanza magnetica è uno strumento utile se si sospetta un'anomalia del sistema nervoso centrale.

Trattamento

- Il trattamento dovrebbe essere mirato alla causa di base; in generale, la terapia è di supporto.

APPROCCIO SCHEMATICO ALL'IPOTONIA

(Paediatrics & Child Health 2005;10:397–400)



MALATTIE DEMIELINIZZANTI

SINDROME DI GUILLAIN-BARRÉ (GBS)

(Pediatr Rev 2012;133:164–171)

- **Epidemiologia:** l'AIDP è il sottotipo più comune di GBS (90% dei casi) e la causa più comune di paralisi acuta flaccida in neonati e bambini sani.

ORTICARIA

(*Pediatr Rev. 2020; 41(6):283*)

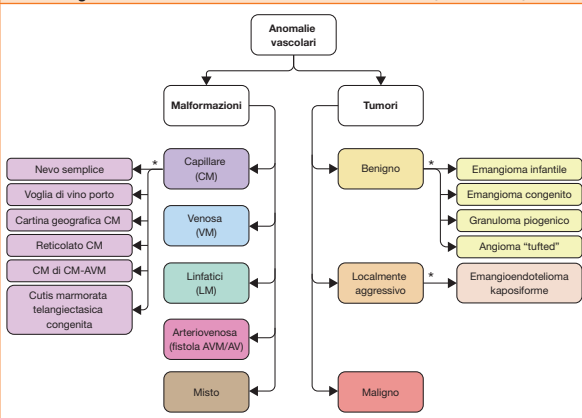
- Eruzione cutanea comune intensamente pruriginosa: acuta <6 settimane (forma più comune nei bambini 2/2 malattia, virus), cronica ≥6 settimane (spontanea, idiopatica), dermatografismo (orticaria inducibile).
- Attivazione IgE-mediata dei mastociti del derma → degranulazione +rilascio di istamina, serotonina, proteasi, TNFalfa.
- Esordio improvviso (entro 2 ore dall'esposizione), pomfi edematosi eritematosi transitori, dimensioni/forma variabili, la lesione singola si risolve tipicamente in <24 ore (rispetto a vasculite orticarioide: singola lesione >24 ore, bruciore, lividi, scolorimento, non sbiancabili → dermatologo/biopsia).
- **Acuta:** escludere anafilassi (respiratoria, gastrointestinale, sintomi neurologici, instabilità emodinamica).
- **Cronico:** accertamento in caso di lesioni/decorso atipico, sintomi sistemici (orticaria/eruzioni simili all'orticaria possono essere una manifestazione di malattie autoimmuni e autoinfiammatorie).
- **Terapia:** evitare il fattore scatenante (se trovato), antistaminici non sedativi a lunga durata d'azione di seconda generazione (prima linea per acuto/cronico), può arrivare a 4× dose standard per orticaria cronica, se non responsiva ↑ +/- antistaminici sedativi, Dermatologo/Allergologo, omalizumab (anticorpo monoclonale che ha come bersaglio le IgE), orticaria cronica tipicamente autolimitante (50% in remissione in 1 anno), influisce sulla qualità della vita, in genere EpiPen NON è richiesta ad eccezione dell'orticaria indotta da freddo che può sviluppare anafilassi.

ANOMALIE VASCOLARI NELL'INFANZIA

(*Vascular Anomalies in Childhood. vascular-anomalies.com*)

Gruppo eterogeneo di malformazioni e tumori dei vasi. Più frequenti nell'infanzia. Isolato o sindromico, sporadico o familiare. La maggior parte sono cutanee o con

Algoritmo basato sulla classificazione ISSVA 2018 (ISSVA 2018)



manifestazioni cutanee. Fare riferimento precocemente al dermatologo per una diagnosi e accertamenti tempestivi. Necessità di un team multidisciplinare per la gestione di forme non comuni o complesse.

Nevo semplice (macchia color salmone, bacio d'angelo, morso di cicogna)

- **Malformazione** capillare più comune, tipicamente svanisce nella prima infanzia.
- Voglia "fisiologica", glabella, nuca, parte bassa della schiena.

Emangioma infantile (IH)

- Il più comune tumore benigno dei bambini (~4-5%).
- Aumento dell'incidenza nelle femmine caucasiche, premature, LBW, gravidanze multiple, madri con preeclampsia o sottoposte a villocesetesi.
- Fasi di crescita: tipicamente, non presente alla nascita, proliferazione (2 settimane-18 mesi), plateau (dura ~1-4 mesi), involuzione (6-18 mesi), regressione ~90% entro 4-5 anni.
- Lesioni precursori: chiazza simile a un livido, rosa o teleangectasica.
- Superficiale: placca rossa; **Profondo**: nodulo bluastro +/- teleangectasia o **misto**.
- Terapia pazienti a rischio: facciale, periorifziale, mammario, ulcerato, deturpante, grande.
- Accertamenti in genere non necessari tranne se si sospettano sindromi associate
- Terapia: gold standard: β -bloccanti +/- steroidi sistemici, laser.

Granuloma piogenico (PG)

- Termine improprio (non infettivo), tumore molto comune, acquisito, bambini/adulti.
- Probabilmente secondario a un trauma cutaneo minore, comunemente su viso, dita, mani.
- Papula rosso vivo a crescita rapida, che tende a sanguinare.
- Terapia: escissione, laser, elettrocoagulazione.

Fenomeno di Kasabach-Meritt (KMP)

- Associato a forme rare di tumori vascolari, in particolare TA e KHE.
- Rapido cambiamento delle dimensioni del tumore, colore (viola scuro) +/- petecchie periferiche.
- Coagulopatia da consumo: diminuzione delle piastrine, anemia, diminuzione del fibrinogeno, d-dimero alto.
- Consultazione urgente del dermatologo e ematologo/oncologo per confermare la diagnosi e iniziare la terapia (una delle emergenze dermatologiche).

ISTIOCITOSI

(Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 6th ed. 2022:268-286;
Cureus. 2019;11(3):e4315)

XANTOGRANULOMA GIOVANILE (JXG)

- Benigno, comune nei bambini.
- Papule/noduli asintomatici ben definiti di colore giallo-arancio (xanthos = giallo in greco) o eritematoso-bruno, spesso sulla testa e sul collo.
- Consultare dermatologo +/- oculista (<2 anni/lesioni multiple [JXG extracutaneo più comune: iride]).