



MATTIOLI 1885

ANNO VI - SUPPLEMENTO 2/2011 ISSN 1970-8165

# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SUPPLEMENTO  
2/2011



POSTE ITALIANE S.p.A. - SPED. IN A. P. - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB PARMA

**ATTI DEL XXIII CONGRESSO SIPPS**

HOTEL MICHELANGELO,  
MILANO  
15 - 17 SETTEMBRE 2011

## AIUTAMI A CRESCERE



### SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

#### PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

#### VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi  
Alessandro Fiocchi

#### CONSIGLIERI

Chiara Azzari  
Giuseppe Banderali  
Giacomo Biasucci  
Alessandra Graziottin

#### SEGRETARIO

Susanna Esposito

#### TESORIERE

Nico Sciolla

#### REVISORI DEI CONTI

Lorenzo Mariniello  
Leo Venturelli

### PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Guido Brusoni

#### DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

#### COMITATO EDITORIALE

Chiara Azzari  
Giuseppe Di Mauro  
Sergio Bernasconi  
Giuseppe Banderali  
Giacomo Biasucci  
Susanna Esposito  
Luigi Falco  
Alessandro Fiocchi  
Alessandra Graziottin  
Nico Sciolla  
Lorenzo Mariniello  
Leo Venturelli

## ATTI XXIII CONGRESSO NAZIONALE SIPPS

### Aiutami a crescere

#### INTRODUZIONE

- 7 G. Di Mauro - Aiutami a crescere

#### RELAZIONI

- 10 R. Giuseppe Bugio - Bambini e Pediatria lungo i 150 anni dall'Unità d'Italia  
30 G. Masera - La Pediatria Italiana nei Paesi del III mondo: un'esperienza di 25 anni in Nicaragua  
32 G.V. Zuccotti - Ormai sono grande, devo vaccinarvi ancora?  
33 M. Ciofi degli Atti - Perché non mi hai vaccinato?  
34 S. Esposito - La vaccinazione MPRV  
37 N. Principi - L'esperienza con il nuovo vaccino pneumococcico13-valente  
39 G. Banderali, A. Lops, F. Betti - Allattamento materno ed epigenetica  
41 L. Gianni, P. Roggero, D. Morniroli, F. Mosca - L'alimentazione nel nato pretermine  
43 E. Verduci - Quando e come mi divezzi  
45 A. Castellazzi - Valutazione dell'efficacia di un prodotto probiotico per l'infanzia in bambini con infezioni ricorrenti alle vie respiratorie, in corso di terapia antibiotica  
47 G.L. Marseglia, C. Passera, M. Paserri, et al. - Il bambino con infezioni respiratorie ricorrenti  
54 S. Bernasconi - Sono nato piccolo. Mi aiuti a crescere? L'ormone della crescita  
58 F. Benini - Non voglio avere dolore. I FANS  
60 L. Terracciano - Voglio respirare meglio. I farmaci antiasmatici  
65 M. L. Scattoni - Diagnosi precoce alla nascita e nei primi anni di vita  
67 L. Venturelli - Il pediatra che vorrei  
71 A. Rottoli - Prevenzione delle IVU in pediatria  
74 G. La Marca - Expanded Newborn screening by Tandem Mass spectrometry  
75 A. Fiocchi - Asma e nuoto  
78 D. Iafusco - Peculiarità del diabete in età pediatrica  
80 C. Colombo - Fibrosi cistica  
82 V. Nobili - La stenosi epatica in pediatria: lontani o vicini da una cura?  
84 G. di Mauro, L. Mariniello, D. Di Mauro - Vitamina D. Implicazioni sulla salute scheletrica e non scheletrica

#### ABSTRACT

- 94 G. Banderali, I. Giulini Neri, C. Paramithiotti, A. Lops, F. Betti - L'importanza della mediazione culturale nel sostegno e nella promozione dell'allattamento al seno  
96 G. Banderali, I. Giulini Neri, C. Paramithiotti, A. Lops, F. Betti - L'importanza della mediazione culturale nel sostegno e nella promozione dell'allattamento al seno

- 97 | *A. Berio, A. Piazzzi, G. Blasi, C. Campisi* - Associazione di criptorchidismo, epilessia, atrofia cerebellare ed anticorpi anti-GAD in un bambino
- 98 | *A. Berio, G. Badolati, G. Mangiante, E. Calcagno, A. Piazzzi* - Encefalite limbica in paziente con pregressa iperlattacidemia
- 99 | *S. Bosis, C. Sabatini, R. Pinzani, G. Chidini, M. Semino, A. Giannini, E. Calderini, S. Esposito* - Tubercolosi miliare con interessamento neurologico in un bambino di 10 anni a seguito di un grave quadro di immunodeficienza post-infettiva
- 101 | *E. Bozzola, L. Lancella, A. Quondamcarlo, K. Andrzej, A. Grandin, S. Lazzari, A. Turchetti, A. E. Tozzi, A. Villani* - SOS pertosse: malattia non ancora debellata
- 102 | *G. Caramia, L. Seghetti* - Il pane nella millenaria evoluzione dell'uomo
- 105 | *G. Caramia, I. Ciarrocchi, E. Ruffini, A. Monaco* - Diagnosi precoce di infezione da Citomegalovirus. Problema di pediatria preventiva e sociale
- 107 | *O. Cipolla, R. Ancarola, S. Aversa, M. Balzani, F. Bertuola, V. Pisano, D. Roncati, D. Di Mauro, F. Di Mauro, R. Liguori, L. Pinto* - Promuoviamo l'igiene delle mani nei programmi formativi delle Scuole di Specializzazione in Pediatria!
- 108 | *D. Corridore, M. Guaragna, G. Di Carlo, M. Saccucci, A. D'Errico, R. Gemma, M. Bossi, V. Luzzi, G. Ierardo, F. Di Mauro, A. Polimeni, G. Petrazzuoli* - Rilevamento dei fattori favorenti la formazione di lesioni cariose nei pazienti pediatrici della provincia di Caserta tramite metodica Cambra (Caries Management By Risk Assesment) e protocollo terapeutico
- 113 | *C. Diaferia, R. Filipo, Musacchio, F. Diaferia* - Progetto Dioniso: nasce nella Regione Lazio lo screening audiologico neonatale
- 114 | *D. Di Mauro, G. Monti, D. Gkliati, L. Fanciullo, A. M. Cangelosi, A. Ruggerini, R. Ciati, F. Brighenti, M. Porrini, D. Del Rio, F. Scazzina, V. Finistrella, M. R. Spreghini, M. Vitale, E. Volta, C. Maffei, M. Vanelli* - Una efficace strategia di promozione della prima colazione e di prevenzione dell'obesità nei bambini in età scolare- l'esperienza giocampus
- 115 | *D. Di Mauro, G. Monti, D. Gkliati, L. Fanciullo, A. M. Cangelosi, A. Ruggerini, R. Ciati, F. Brighenti, M. Porrini, D. Del Rio, F. Scazzina, V. Finistrella, M. R. Spreghini, M. Vitale, E. Volta, C. Maffei, M. Vanelli* - Saltare la prima colazione è un fattore di rischio di sovrappeso e obesità nei bambini appartenenti a minoranze etniche
- 116 | *S. Esposito, S. Bosis, C. Tagliabue, G. Prunotto, L. Tagliaferri, N. Principi* - La vaccinazione anti-pneumococcica e le polmoniti con le loro complicanze
- 120 | *S. Esposito, R. Tenconi, C. Daleno, I. Picciolli, L. Tagliaferri, A. Scala, G. Prunotto, V. Montinaro, C. Galeone, N. Principi* - Immunogenicità, sicurezza e tollerabilità di un vaccino influenzale a somministrazione intradermica (ID) in età pediatrica
- 121 | *S. Esposito, P. Marchisio, E. Baggi, C. Molteni, S. Tirelli S, S. Bianchini, A. Zampiero, C. Galeone C, E. Torresani, N. Principi* - Il deficit di vitamina D (VD) è associato ad un aumentato rischio di otiti medie acute ricorrenti (OMAR) con otorrea recidivante
- 122 | *S. Esposito, G. Prunotto, C. Daleno, A. Scala, C. Tagliabue, C. Pelucchi, N. Principi* - Impatto dei virus respiratori in bambini con polmonite acquisita in comunità

- 123 *I. Farnetani* - Le bandiere verdi assegnate alle spiagge adatte ai bambini
- 124 *I. Farnetani, D. Lauritano, F. Farnetani, F. Di Mauro, M. Baldoni* - I 150 anni della natalità italiana.
- 125 *I. Farnetani, M. Bennati, F. Farnetani* - Indagine sulle preferenze alimentari dei bambini da 3 a 14 anni
- 126 *I. Farnetani, C. Palazzini, D. Lauritano, F. Farnetani, F. Di Mauro, M. Baldoni* - La famiglia pugliese: il ruolo dei nonni
- 127 *I. Farnetani, C. Palazzini, G. Parisi, F. Farnetani, F. Di Mauro, D. Lauritano, M. Baldoni* - Il pediatra, il medico, le famiglie e le malattie rare
- 128 *A. Fiocchi, M. Albarini, L. Terracciano, G. Bouygue, A. Martelli, O. Mazzina, F. Ferrara, P. Restani* - Sicurezza della immunoterapia con alimenti in bambini con gravi anafilassi alimentari
- 129 *C. Fiorito, L. Panigati, M. Zaffaroni, G. Bona, A. Ficcadenti, O. Gabrielli, P. Valentini, F. Colonna, G. Veneruso, S. Garazzino* - Le adozioni internazionali in colombia: indagine sulle condizioni di salute dei bambini
- 130 *R. Liguori, G. Quintili, A. Trapani, R. Piccolo, T. Di Matteo, F. Boccagna, A. Tartaglione* - Progetto di educazione socio-affettiva
- 131 *R. Liguori, G. Quintili, A. Auricchio, G. Rondello, R. Politi* - Uso ed abuso di alcool tra gli adolescenti
- 132 *R. Liguori, A. Trapani, T. Di Matteo, G. Quintili* - Il disagio nell'adolescenza a rischio
- 133 *C. Montalbano, V. Trovamala, M. Pasetti, C. Passera, M. Seminara, S. Benzo, P. Bulzomi, D. Caimmi, G.L. Marseglia* - La sinusite sfenoidale in età pediatrica: ruolo dell'endoscopia rinofaringea
- 134 *L. Nicolosi, D. Valentini, A. Grandin, F. Giovannini, F. Russo, A. Villani* - Recupero vaccinale nelle "categorie a rischio": una priorità di Sanità Pubblica
- 135 *L. Nicolosi, R. Carsetti, S. Cascioli, M. Candusso, R. Somma, G. Torre, A. Villani* - Alterazioni dei linfociti B nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato: tra immunodeficienza e autoimmunità
- 136 *V. Nobili, G. Bedogni, A. Alisi, A. Pietrobattista, P. A Rise, C. Galli, C. Agostoni* - Una supplementazione con acido docosaesaenoico riduce l'accumulo di lipidi nel fegato in pazienti pediatriche con steatosi epatica non alcolica: studio clinico randomizzato controllato, in doppio cieco
- 142 *P. Operamolla, A. Spadea, S. Rogai, L. Cristofanelli* - Indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari dei bambini frequentanti gli asili nido del IV Distretto, Azienda USL RMA
- 143 *M. Pasetti, C. Passera, M. Seminara, V. Trovamala, C. Montalbano, L. Artusio, A. Marseglia, G.L. Marseglia* - Valutazione integrata della poliposi nasale in età pediatrica
- 144 *C. Passera, M. Pasetti, M. Seminara, C. Montalbano, V. Trovamala, G. Masa, F. Cairello, G.L. Marseglia* - Asma e allergia al sesamo
- 145 *L. Pinto, R. Liguori, G. Di Mauro, M. Sala, M. Immacolata Spagnuolo, M.T. Carbone, F. Pullano, R. Politi, F. Boccagna, A. Trapani, A. Scialdone, F. Di Mauro* - "La salute di mano in mano": un progetto per promuovere l'igiene delle mani nella scuola!
- 146 *L. Pinto, R. Liguori, A. Milazzo, F. Di Mauro, D. Di Mauro* - Riduciamo il rischio di tossinfezioni alimentari nelle nostre case seguendo le raccomandazioni dell'OMS
- 147 *L. Pinto, R. Liguori, A. Milazzo, M. T. Carbone, F. Boccagna, R. Politi, F. Di Mauro, D. Di Mauro* - Seguiamo le raccomandazioni dell'OMS per ridurre il rischio di tossinfezioni alimentari nelle nostre case!

- 148 | *L. Pogliani, C. Mameli, V. Fabiano, D. Dilillo, F. Meneghin, G.V. Zuccotti* -  
Malattia di Kienbock in età pediatrica: descrizione di un caso
- 149 | *T. Sabbi, M. Palombo* - Utilizzo del lactobacillo gg nei bambini con dolori  
addominali ricorrenti
- 150 | *M. Seminara, M. Pasetti, C. Passera, V. Trovamala, C. Montalbano, E. Labò,*  
*S. Benzo, G. L. Marseglia* - La sinusite occulta: elemento chiave nella  
gestione dell'asma non controllato in età pediatrica
- 151 | *L. Tagliaferri, G. Prunotto, J. Hakizimana, W. Peves Rios, N. Principi, S.*  
*Esposito* - L'inadeguata conoscenza della malaria da parte delle madri n  
burundi è correlata alla scarso impatto delle misure preventive  
sull'incidenza della malattia
- 152 | *V. Trovamala, C. Montalbano, M. Seminara, C. Passera, M. Pasetti, Serena*  
*Benzo, P. Merli, S. Caimmi, G.L. Marseglia* - Sensibilizzazione e allergia in  
età pediatrica
- 153 | *L. Venturelli, L. Antonioli* - Costituzione di gruppi di auto aiuto per  
genitori di bambini sovrappeso e obesi
- 154 | *G.V. Coppa* - Gli oligosaccaridi: i potenziali prebiotici del Parmigiano  
Reggiano



**MATTIOLI 1885**

spa - Strada di Lodesana 649/sx,  
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)  
tel 0524/892111  
fax 0524/892006  
www.mattioli1885.com

DIREZIONE GENERALE

*Direttore Generale*  
Paolo Cioni  
*Vicepresidente e*  
*Direttore Scientifico*  
Federico Cioni

DIREZIONE EDITORIALE

*Editing Manager*  
Anna Scotti  
*Editing*  
Valeria Ceci  
*Foreign Rights*  
Nausicaa Cerioli  
*Segreteria*  
Manuela Piccinu

MARKETING E PUBBLICITÀ

*Direttore Marketing*  
Luca Ranzato  
*Responsabile Area ECM*  
Simone Agnello  
*Project Manager*  
Natalie Cerioli  
*Responsabile Distribuzione*  
Massimiliano Franzoni

---

# Diagnosi precoce di infezione da Citomegalovirus. Problema di pediatria preventiva e sociale

---

G. Caramia<sup>1</sup>, I. Ciarrocchi<sup>2</sup>, E. Ruffini<sup>3</sup>, A. Monaco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Emerito di Pediatria e Neonatologia - Ospedale Materno Infantile "G. Salesi" - Ancona*

<sup>2</sup>*DDS, Dipartimento di Odontoiatria Pediatrica - Università de L'Aquila*

<sup>3</sup>*U.O. di Neonatologia Azienda Ospedaliera "G. Mazzoni" - Ascoli Piceno*

---

Il Cytomegalovirus (CMV) è un agente patogeno virale opportunista della famiglia delle Betaherpesvirinae (HHV5): è ubiquitario, altamente specie-specifico e riconosce l'uomo come unico ospite (Caramia G, et al. 2007). L'infezione da CMV è endemica in tutto il mondo, colpisce soggetti di tutte le età e una volta entrato nell'organismo vi rimane per tutta la vita ma, superata la malattia, non viene espulso dai fluidi organici come urina e saliva. Talora, anche se poco frequentemente, si può avere una "riaccensione" dell'infezione o una nuova infezione e, in tale periodo, il soggetto può essere di nuovo contagioso.

La prevalenza degli anticorpi specifici cioè la sieropositività, aumenta rapidamente dalle prima infanzia in base alla frequenza di comunità scolastiche, a condizioni socioeconomiche, all'area geografica ed alla razza; è pertanto maggiore nei paesi in via di sviluppo e nei ceti a più basso livello socioeconomico. In considerazione di questi fattori la percentuale di sieropositività tra le donne in età fertile varia dal 50-85% nei paesi più sviluppati, mentre è >90% nei paesi ad alta densità di popolazione e basso livello socioeconomico. Un'altra condizione a rischio aumentato di contagio è rappresentata dalla presenza in casa di bambini che frequentano il nido o l'asilo o dal lavoro in comunità infantili. Le donne

che non sono mai venute a contatto con il virus e che sviluppano infezione primaria durante la gravidanza, trasmettono l'infezione al feto nel 40% circa dei casi. Il rischio di malattia sintomatica per il feto è maggiore se l'infezione si verifica nella prima metà o sei mesi di gravidanza mentre se si ha una "riaccensione" per riattivazione di ceppi endogeni latenti o per reinfezione con un nuovo ceppo, l'infezione al feto si ha solo nell'1% circa dei casi e comporta rischi molto minori di danni al feto e neonato (Nigro G. et al 1999). Nel 3-5% di casi l'infezione è conseguente a trasmissione perinatale, nel 25-50% dei neonati per contatto con le secrezioni vaginali infette al momento del parto e nel 30% per l'allattamento al seno di madre infetta o attraverso il ciuccio, le stoviglie o i giocattoli messi in bocca dalla madre o dai fratellini infetti. Materiali che possono contagiare sono urine, secrezioni orofaringee, vaginali, latte materno, lacrime e sangue (Nigro G. et al. 2011). L'infezione decorre per lo più in maniera asintomatica per cui è difficile identificare clinicamente le sorgenti di infezione e le gravide infette: può dare però gravi manifestazioni in pazienti immunocompromessi, nel feto e nei neonati per la trasmissione verticale del virus in seguito a una infezione primaria della donna gravida. Nonostante circa il 55% delle donne

gravide abbia anticorpi contro il CMV, è la più frequente infezione congenita del neonato con un'incidenza che varia dallo 0.2 al 2.5%. Negli USA si calcola un'incidenza di infezione dell'1%, pari a circa 40.000 casi/anno mentre in Italia una stima approssimativa indicava un'incidenza di circa 1.000-3.000 casi/anno. L'infezione del feto determina nel 7-8% dei casi aborto o morte endouterina, ritardo di crescita intrauterina, malformazioni del sistema nervoso centrale, microcefalia, calcificazioni endocraniche, prematurità, meningoencefalite, ritardo psicomotorio, alterazioni oculari, miocardite, ittero, epatosplenomegalia, polmonite. I bambini sintomatici alla nascita spesso presentano piastrinopenia con petecchie e porpora, che persiste anche per settimane e, successivamente, il 50% sordità, il 70% microcefalia, il 61% deficit mentale, il 35% problemi neuromuscolari, il 22% corioretinite o atrofia ottica, 1% calcificazioni cerebrali che quando presenti si accompagnano a ritardo mentale ed occasionalmente ad idrocefalo, difetti nella dentizione e carie nel 40% (Gobbi U. Caramia G. 1965; Pinillos-Pisón R et al 2009). Il 90% circa dei neonati infetti è asintomatico alla nascita, ma l'infezione determina danni permanenti, gravi e ad esordio spesso tardivo, in un quinto circa di tutti gli infetti. La sordità neurosensoriale,

che colpisce circa il 20% degli infetti, è bilaterale nella metà e profonda in un quarto dei casi, ma è rilevabile alla nascita solo in un bambino su due (Fowler et al. 1999). Va inoltre rilevato che la sordità può comparire dopo il primo anno di vita e che frequentemente presenta un andamento progressivo. Il 20% dei soggetti può inoltre presentare perdita della vista, disabilità intellettive, mancanza di coordinazione nei movimenti, crisi epilettiche. L'infezione da CMV, nonostante sia la principale causa di difetti alla nascita, è però molto meno nota dalla popolazione e scarsamente considerata a livello di sanità pubblica rispetto a quelle da virus della rosolia o da *Toxoplasma gondii* tanto da non essere inclusa fra gli accertamenti obbligatori da eseguire in corso di gravidanza.

In ambito di medicina preventiva, per prevenire le molteplici lesioni e disabilità causate dall'infezione congenita da CMV, sono indispensabili dei presidi diagnostici sempre più validi, da poter utilizzare durante la gravidanza e nei primi giorni di vita, e presidi terapeutici sempre più mirati. Durante la gravidanza, l'ecografia rappresenta la metodologia di screening di primo livello per la diagnosi di infezione congenita da CMV. I segni che inducono a sospettare una tale infezione sono rappresentati da: ritardo della crescita intra uterina, oligo o polidramnios, microcefalia, dilatazione ventricoli cerebrali, calcificazioni periventricolari o lesioni cistiche, inoltre lesioni epatiche, segni di idrope con versamenti pleurici o pericarditi. Tutti questi reperti, alcuni dei quali peraltro evidenti a gravidanza molto inoltrata, non permettono però di formulare una diagnosi di certezza. E' pertanto necessario ricorrere ad indagini sierologiche appropriate (IgG

avidity test, IgM immunoblot e Neutralizing antibody test) prima della 12-16 settimana di gestazione o, in casi particolari, all'amniocentesi (da fare dopo 7 settimane dal contagio materno e entro la 21 settimana di gestazione) per determinare, con la tecnica della ibridazione o mediante amplificazione genica (PCR) della regione IEA1 (Immediate Early Antigen-1) del genoma del patogeno, la presenza del DNA virale nel liquido amniotico per confermare l'infezione del feto (Lazzarotto T. et al. 2011; Yinon Y et al. 2010). In epoca neonatale, tutti i neonati che presentino segni clinici compatibili con un'infezione da CMV vanno sottoposti ad indagini sierologiche per una adeguata terapia (Nigro G. et al. 2010; Walter-Nicolet E et al 2011; Yilmaz Çiftdoğan D. et al 2011). La determinazione delle IgM, che permette una diagnosi di certezza nel neonato, risulta a volte negativa, in particolare se l'infezione è recente. Per tale motivo si ricorre a tecniche rapide di rilevamento mediante impiego di sonde a DNA o mediante la reazione di polimerizzazione a catena (PCR) che identifica il DNA nelle urine. Un'altra tecnica recente consiste nella ricerca diretta degli antigeni virali mediante l'impiego di anticorpi monoclonali. Attualmente due sono i più importanti antigeni che possono essere identificati per la diagnosi di infezione da CMV: la pp 72 e la pp 65 in stadi molto precoci. Risultano però meno sensibili della Real-time Quantitative PCR (qPCR) (Binda S. et al. 2011).

Per le opportune decisioni di sanità pubblica e medicina preventiva nel nostro Paese, è indispensabile conoscere la prevalenza dell'infezione e delle possibili conseguenze, sia durante la gravidanza, rendendo obbli-

gatorie le indagini necessarie, sia ricercando, in ogni caso sospetto, l'avvenuto contagio in età evolutiva. Questo eviterebbe anche che colleghe odontostomatologhe contraggano l'infezione in gravidanza dai loro piccoli pazienti, diffusori del virus per anni dopo l'infezione. In età neonatale precoce la diagnosi di infezione da CMV può essere ottenuta facilmente utilizzando l'amplificazione genica (PCR) del DNA su campioni di sangue prelevati per l'esecuzione degli screening neonatali (Guthrie card), obbligatori in Italia per legge (Barbi M. et al.2000; Barbi M. et al. 2010). Il test ha mostrato una sensibilità e specificità del 99% sia nel diagnosticare l'infezione congenita sia nel distinguerla da un'infezione postnatale anche oltre le 3 settimane (Barbi M. et al. 2000; Barbi M. et al. 2006; Caroppo MS. et al. 2005). Inoltre l'indagine ha rivelato una prevalenza complessiva di infezione congenita da CMV pari allo 0,3% dei nati vivi per cui si può stimare che nel nostro Paese nascano ogni anno, su circa 550.000 nati vivi, 1.650 bambini infetti e che danni permanenti colpiscono 330 soggetti con costi notevoli per la sanità (Barbi M. et al.2000; Barbi M. et al.2010). In gravidanza la terapia con immunoglobuline iperimmuni specifiche contro il CMV sopprime la replicazione virale nei villi coriali prevenendo la disfunzione placentare e favorendo il normale sviluppo del feto (Caramia G et al. 1991; Nigro G. Adler SP 2011). Nel neonato la terapia endovena con ganciclovir seguita dalla terapia orale con valganciclovir o la sola terapia orale con ganciclovir o valganciclovir sembrano dare buoni risultati (Nigro G. et al. 2010; Walter-Nicolet E et al 2011; Yilmaz Çiftdoğan D. et al 2011).