

**Caso clinico n.22**  
**Un caso di Esofagite Eosinofila**

***Dott. Marco Mancini***

## **Bambino di 13 anni (1° visita 25/05/2021) studente scuole medie**

**Nato con piede torto bil.** Subito dopo è stata diagnosticata **naif patella like** (assenza del gene legato allo sviluppo della rotula con **agenesia patellare dx** e **agenesia ungueale** del 1° dito della mano dx e sin.) Da piccolo ha sofferto spesso di **tosse ricorrente sempre molto secca, che lo sfiniva, e spesso anche di otiti.** Ha fatto cure termali per tali motivi ma ha dovuto effettuare adenoido-tonsillecotomia con drenaggio timpanico nel 2016 a causa di continue apnee notturne. Poi ha avuto 2-3 episodi, specie al mattino, di gonfiore del viso ipotizzato come disturbo allergico e quindi trattato con cortisone. A ottobre 2020 ha avuto un blocco alimentare a livello esofageo ed è stata ipotizzata **esofagite eosinofila.** Nelle analisi fatte in passato risultano elevati sempre gli eosinofili (dal 2012), adesso è sotto terapia con Budesonide viscosa galenica (pari a 10 ml) x 2 volte al dì + IPP. A questo piano terapeutico è stato aggiunto Cortisone x os + antistaminico x 1 mese per trattare la patologia auricolare sviluppata a causa della troppa permanenza del drenaggio (portato x 2 anni). Le analisi in suo possesso, portate in visione oggi, non danno alcuna indicazione specifica sulla genesi del suo problema, anche perché sono sempre le stesse analisi di routine. A livello della EGDS si evidenzia e si conferma la diagnosi di **esofagite eosinofila erosiva mentre a livello della mucosa antrale, transizionale e del corpo gastrico presenta minime erosioni superficiali.** Negativa la ricerca di H. pylori. L'architettura e la muciparità della mucosa duodenale sono nella norma. La respirazione notturna adesso è buona. . Nella storia personale del bambino si evidenziano lievi problemi di scoliosi della colonna nel passaggio dorso-lombare e di episodi di lussazione delle articolazioni dei gomiti bil.

Il ragazzo fa attività fisica (calcio, che non sarebbe molto indicato per il suo stato posturale della colonna e delle articolazioni delle ginocchia, ma gli piace). Vaccinazioni obbligatorie fatte tutte. Altre vaccinazioni non ne ha fatte al momento. Alvo regolare, la digestione è buona, manifesta **aftosi del cavo orale ricorrenti e HSV1 labiale ++**. Nessuna carie dentale fino ad oggi. Ha fatto **copertura terapeutica a base di fluoro x os per evitare le carie**. Diuresi nella norma, introduce scarse quantità di liquidi al giorno. Dolore muscolari molto evidenti sia a riposo che in movimento, ma anche dolori osteo-articolari specie a livello delle ginocchia bil. in particolare dopo aver fatto attività sportiva. **Dermatite atopica alla nascita trattata con creme lenitive**. In passato tanto cortisone x os a causa della tosse. Ha fatto, come al solito, i test allergici per tale motivo, ma non è emerso nulla di particolare. **Spesso quando è affetto da faringite ha ipertrofia e lieve dolenzia alla pressione locale dei linfonodi sottomandibolari bil. + a sin.**

### **Esame obiettivo:**

A livello esterno, il bambino presenta un faringe indenne, roseo, in assenza di linfonodi reattivi nelle sedi tipiche del collo. L'addome è trattabile sui piani superficiali e profondi, la milza e il fegato sono nei limiti. Presenza di agenesia della rotula dx con piede torto bil. a cui si aggiunge il rilievo di lussazione dell'articolazione del gomito sin. non dolente. Esame obiettivo toracico negativo. Cute e annessi indenni.

# Esofagite eosinofila e celiachia: esiste un'associazione?

L Quaglietta, P Coccorullo, E Miele , F Pascarella , R Troncone, A Staiano

PMID: 17635383 DOI:10.1111/j.1365-2036.2007.03388.x

**Scopo:** Segnalare una serie di 17 bambini affetti da **esofagite eosinofila**. Sei di loro hanno anche ricevuto una diagnosi di celiachia.

**Metodi:** Sono stati studiati diciassette bambini con anamnesi di sintomi dispeptici.

**Risultati:** Sei pazienti (M/F:2/4; età media +/- sd: 5,6 +/- 1,3 anni, range: 4-7 anni; Gruppo A) affetti da **esofagite eosinofila hanno ricevuto anche una diagnosi di celiachia**. Gli altri 11 bambini (M/F: 10/1, età media +/- sd: 7,5 +/- 2,3 anni, intervallo: 4-10 anni, gruppo B) **erano affetti esclusivamente da esofagite eosinofila**. Tutti i bambini hanno subito un cambiamento nel regime alimentare. Il gruppo A ha ricevuto una dieta priva di glutine. Il gruppo B ha tentato una restrizione dietetica sulla base dei risultati dei test allergologici. **Dopo 6 mesi di follow-up, tutti i pazienti del Gruppo A hanno mostrato una completa scomparsa dei sintomi e tre di loro, sottoposti a endoscopia del tratto gastrointestinale superiore, hanno mostrato una remissione istologica completa.**

**Conclusioni:** questo è il primo studio effettuato su un gruppo riportato di pazienti con un'associazione tra malattia celiaca ed esofagite eosinofila. **Ad oggi non è possibile escludere che in un sottogruppo di bambini con malattia celiaca l'infiltrazione eosinofila esofagea possa essere causata dalla malattia celiaca stessa.**

## **Terapia:**

Al momento si può effettuare solo una terapia parziale in assenza di una conferma diagnostica che associ disturbo esofageo all'intolleranza al glutine.

OTI D (15 gtt a pranzo), OTI K (15 gtt a cena), OTI A (15 gtt a colazione), Enterelle Plus Bromatech (1 cps dopo colazione e cena x 12 gg), continuare con Rotanelle Bromatech (1 cps dopo colazione e cena) + Ramnoselle Bromatech (1 cps dopo colazione e cena) x 3 mesi. dieta senza glutine.

## **Richiesta analisi:**

HLA DQ2/DQ8, Ab anti Coxsakievirus B1-B6 IgG, Ab anti Rotavirus IgG, Zonulina ematica, Disbiosi test, Ab anti Adenovirus IgG. TAS, Ab anti DNAasi, Streptochinasi. Vit D, PTH, Ca ionizzato, P, creatinina.

# Responso analisi lab. Dott. Tedesco (09/07/21):

---

-- HLA DQ2 - DQ8  
(PCR - REAL TIME)

Tipo prelievo

VENOSO

HLA DQA1

----0201

PRESENTE

----03

ASSENTE

----05

PRESENTE

HLQ DQB1

----02

PRESENTE

----0301

ASSENTE

----0302

ASSENTE

HLA DRB1

----03

PRESENTE

----04

ASSENTE

----07

PRESENTE

----11

ASSENTE

----12

ASSENTE

APLOTIPO

DQ2-DR3 / DQ2-DR7

APLOTIPO DQ2 - DQ8

ETERODIMERO DQ2 OMOZIGOTE

DQB1\*02

<b>Coxsackie B (B1-B6 ) IgG</b> (metodo IFA)	: *POSITIVO alla diluiz. 1:80		(Negativo)
<b>Rotavirus IgG</b> (metodo: IMMUNOENZIMATICO)	: 0,14	index	Negativo: < 1.0
<b>Zonulina ematica</b>	: 42	ng/mL	(0.25 - 64)
<b>Adenovirus IgG</b> (metodo ELISA)	: *33,5	NTU	NEGATIVO: < 9 Dubbio: 9 - 11 POSITIVO: > 11
In caso di esito dubbio o discordante con la clinica, si consiglia, con favorevole parere del Medico prescrittore, ripetizione del test a distanza di tempo.			
<b>TAS quantitativo</b> (metodo Latex Turbidimetrico)	: *641	IU/mL	(< 200)
<b>Anti DNasi B</b> (metodo: Nefelometria)	: *563	U/mL	Negativo: < 200
<b>Streptokinasi Ab - ASK</b> (metodo ELISA)	: *2,68	index	Negativo: inferiore a 1.0
<b>Vitamina D (25 OH) Diasorin</b> (Metodo ECLIA)	: 50	ng/mL	LIVELLO DESIDERABILE: 60 - 100 Sufficienza: da 30 a 59 Insufficienza: da 20 a 29 Carenza: inferiore a 20

Come da Linee Guida pubblicate da J. Clin. Endocrinol. Metab., July 2011, 96(7).

<b>PARATORMONE intatto ° Diasorin</b> (metodo CLIA - III generazione)	: *6,1	pg/mL	(6.5 - 38.8)
--	--------	-------	--------------

° Il dosaggio del paratormone intatto è un test di III generazione rilevante l'intera molecola dell'ormone

## DISBIOSI TEST

Metodo: HPLC + LC/MS (\*)

Scatolo	< 0.1	µg/L	< 10	Assenza di Disbiosi
Metodo : HPLC			10 - 20	Disbiosi Lieve
			20,1 - 40	Disbiosi Media
			> 40	Disbiosi Grave
Indicano	26,5	mg/L	< 20	Assenza di Disbiosi
Metodo : LC/MS	Limite di Rilevabilità del metodo (LOD): 0,1 µg/L (Scatolo) Limite di Rilevabilità del metodo (LOD): 1,0 mg/L (Indicano)		20 - 40	Disbiosi Lieve
			40,1 - 80	Disbiosi Media
			> 80	Disbiosi Grave

(\*) = Esami eseguiti presso il laboratorio Synlab Italia

il Direttore di Laboratorio  
dott. Ermanno Masotti

In base ai risultati analitici ottenuti il piano terapeutico completo sarà il seguente:  
**Calcarea Carbonica 0,6/0,18/0,30 LM (1 fiala al dì x 60 gg),** Dieta senza glutine e lattosio fino al prossimo controllo, il resto della terapia già prescritta rimane invariato.

# Responso analisi Lab. Dott. Tedesco dopo la fine delle fiale di Calcarea Carbonica(11/10/21):

TAS quantitativo (metodo Latex Turbidimetrico)	: *354	IU/mL	(< 200)
Anti DNasi B (metodo: Nefelometria)	: *414	U/mL	Negativo: < 200
Streptokinasi Ab - ASK (metodo ELISA)	: *1,41	index	Negativo: inferiore a 1.0
Vitamina D (25 OH) Diasorin (Metodo ECLIA)	: 89	ng/mL	LIVELLO DESIDERABILE: 60 - 100 Sufficienza: da 30 a 59 Insufficienza: da 20 a 29 Carenza: inferiore a 20
PARATORMONE intatto ° Diasorin (metodo CLIA - III generazione)	: *5,4	pg/mL	(6.5 - 38.8)

Come da Linee Guida pubblicate da J. Clin. Endocrinol. Metab., July 2011, 96(7).

° Il dosaggio del paratormone intatto è un test di III generazione rilevante l'intera molecola dell'ormone (aminoacidi 1 - 84), senza interferenze o cross-reattività con i frammenti pur presenti nel siero: si risolvono così le variabilità inter-metodo dei kit di II generazione che misurano sia la molecola intera che i frammenti (aminoacidi 7 - 84) con diversi gradi di reattività.

## Controllo 29/10/2021

Ha terminato le cure con le fiale da almeno 45 gg. Ha ripetuto la EGDS dopo 15 gg dalla fine della cura come richiesto dal centro medico che lo segue, e questa ha da esito a **scomparsa della esofagite eosinofila**. Il referto è il seguente: **a livello gastrico e duodenale completa scomparsa delle erosioni di mucosa, compresa quella transizionale (presente nel precedente riscontro), e lievissime erosioni superficiali a livello della mucosa esofagea**. La dieta senza glutine è stata condotta in modo piuttosto corretto. E' stato quindi ridotto il farmaco Budesonide che verrà eliminato totalmente entro il 31/10/21 (così stabilito dai colleghi che lo seguono). Nessuno ha saputo dire il perché di questi risultati ma l'hanno attribuito al Budesonide ovviamente!!!!; si è sottoposto in questo periodo anche a visita endocrinologica di controllo per sospetta ridotta crescita staturo-ponderale, e dalla quale sono emersi dati di conferma per un ritardo di crescita staturo-ponderale (quindi richiesto esame per la valutazione del GH e Rx del polso). In questo periodo inoltre è stata riscontrata la presenza di **colesteatoma** a livello dell'orecchio dx con ipoacusia bil. e quindi operato d'urgenza perché il processo infiammatorio stava intaccando l'osso. A fine novembre è previsto intervento di ricostruzione del timpano. Al momento l'orecchio sin. non è stato trattato (ma anche questo presenta disturbo analogo). Il sonno è buono, l'alvo è regolare, la digestione è buona, la diuresi nella norma. La RMN fatta di recente da esito e conferma di ipoplasia delle ginocchia bil. Erosione a scodella dell'osso subcondrale femorale del diametro di 21 e 23 mm. riferibile a **focolai osteocondritici** in attuale stato di quiescenza. Ca ionizzato = **4,2**.

## **Esame obiettivo:**

A livello esterno, il bambino si presenta alla visita odierna con un evidente tampone a livello dell'orecchio dx come esito dell'intervento. Faringe indenne, assenza di linfonodi reattivi nelle sedi tipiche del collo e dell'inguine il resto dell'esame mostra una ridotta mobilità in estensione del ginocchio dx mentre è normale a livello del contro-laterale; si conferma ipoplasia delle rotule bil.; il resto dell'esame non mostra altri segni obiettivi degni di nota.

## **Terapia:**

Calcarea Carbonica 0,6/0,18/0,30 LM (1 fiala al dì x 60 gg), Dieta senza glutine fino al prossimo controllo, OTI D (12 gtt a pranzo), OTI K (10 gtt a cena), OTI A (10 gtt a colazione), Enterelle Plus Bromatech (1 cps dopo colazione e cena x 12 gg), continuare con Milonet Bromatech(1 cps dopo colazione) + Ramnoselle Bromatech (1 cps dopo cena) x 3 mesi.

## **Esami di controllo dopo la fine della cura:**

TAS, Ab anti DNAasi, Streptochinasi, Vit D, PTH, Ca ionizzato, P.

## Responso analisi Lab. Tedesco del 09/02/22:

<b>TAS quantitativo</b> (metodo Turbidimetrico)	<b>:*326</b>	IU/mL	(< 200)
-----			
<b>Anti DNasi B</b> (metodo: Nefelometria)	<b>:*426</b>	U/mL	Negativo: < 200
-----			
<b>Streptokinasi Ab - ASK</b> (metodo ELISA)	<b>:*1,13</b>	index	Negativo: inferiore a 1.0
-----			
<b>Vitamina D (25 OH) Diasorin</b> (Metodo ECLIA)	<b>: 61</b>	ng/mL	LIVELLO DESIDERABILE: 60 - 100 Sufficienza: da 30 a 59 Insufficienza: da 20 a 29 Carenza: inferiore a 20
-----			
Come da Linee Guida pubblicate da J. Clin. Endocrinol. Metab., July 2011, 96(7).			
-----			
<b>PARATORMONE intatto ° Diasorin</b> (metodo CLIA - III generazione)	<b>: 9,8</b>	pg/mL	(6.5 - 38.8)

\* Il dosaggio del paratormone intatto è un test di III generazione rilevante l'intera molecola dell'ormone

## **Controllo 25/02/2022**

Ha terminato la cura da almeno 50 gg. il ragazzo si sente bene. Da circa 7 gg presenta prurito del volto, eliminando il glutine il prurito cutaneo in questa sede era completamente scomparso. Non è vaccinato per il Covid-19 e quindi non può frequentare il calcio e questo gli crea problemi. Il ragazzo è resistente a tutte le infezioni compreso il Sars Cov-2. L'udito a dx è ancora difettivo ma l'orecchio non ha dato più problemi. Il ragazzo digerisce praticamente tutto, perfettamente. I colleghi che lo seguono a maggio vorrebbero effettuare un controllo EGDS per vedere se non ci sono recidive (perché non hanno nessuna esperienza in merito!!). Non ha fatto valutazione del GH perché in famiglia non lo tollerano molto (come terapia sostitutiva). Alvo regolare, diuresi nella norma. Episodio di **gastroenterite iniziata con vomito, a cui si è aggiunta diarrea** (qualche giorno fa) e quindi febbre. Ha preso rimedio per il vomito con restituito immediata. Nessuna manifestazione di aftosi del cavo orale fino ad oggi.

### **Esame obiettivo:**

A livello esterno, il ragazzo sembra essere cresciuto a livello staturale-ponderale rispetto alla precedente visita. Il resto dell'esame non mostra segni obiettivi degni di nota.

### **Terapia:**

Calcarea Carbonica 0,6/0,18/0,30 LM (1 fiala al dì x 60 gg), Dieta senza glutine fino al prossimo controllo, OTI D (12 gtt a pranzo), OTI K (10 gtt a cena), OTI A (10 gtt a colazione), Enterelle Plus (2 x 12 gg), continuare con Serobioma (1 x 3 mesi).

### **Esami diagnostici richiesti:**

TAS, Ab anti DNAasi, Streptochinasi, Vit D, PTH. Ab anti Adenovirus IgG

# Responso analisi Lab. Tedesco del 16/06/2022

<b>TAS quantitativo</b> (metodo Turbidimetrico)	<b>:*235</b>	IU/mL	(< 200)
<b>Anti DNasi B</b> (metodo: Nefelometria)	<b>:*378</b>	U/mL	Negativo: < 200
<b>Streptokinasi Ab - ASK</b> (metodo ELISA)	<b>:*1,09</b>	index	Negativo: inferiore a 1.0
<b>Vitamina D (25 OH) Diasorin</b> (Metodo CLIA)	<b>: 84</b>	ng/mL	LIVELLO DESIDERABILE: 60 - 100 Sufficienza: da 30 a 59 Insufficienza: da 20 a 29 Carenza: inferiore a 20
Come da Linee Guida pubblicate da J. Clin. Endocrinol. Metab., July 2011, 96(7).			
<b>PARATORMONE intatto ° Diasorin</b> (metodo CLIA - III generazione)	<b>: 7,9</b>	pg/mL	(6.5 - 38.8)
* Il dosaggio del paratormone intatto è un test di III generazione rilevante l'intera molecola dell'ormone (aminoacidi 1 - 84), senza interferenze o cross-reattività con i frammenti pur presenti nel siero: si risolvono così le variabilità inter-metodo dei kit di II generazione che misurano sia la molecola intera che i frammenti (aminoacidi 7 - 84) con diversi gradi di reattività.			
<b>Adenovirus IgG</b> (Immunoensimatica)	<b>:*24,4</b>	NTU	NEGATIVO: < 9 Dubbio: 9 - 11 POSITIVO: > 11
In caso di esito dubbio o discordante con la clinica, si consiglia, con favorevole parere del Medico prescrittore, ripetizione del test a distanza di tempo.			

## **Controllo 24/06/2022**

Ha terminato la cura da circa 2 mesi. Ha contratto il Sars Cov-2 a Maggio con rialzo febbrile fino a 39°C. Precedentemente a questo ha avuto recidiva della esofagite a causa di un blocco del bolo legato ad una mandorla e quindi si è recato in P.S. ma si è sbloccato spontaneamente. In P.S. ha contratto il Sars Cov-2. L'ultimo episodio di esofagite è stato molto meno intenso rispetto a quello occorso nel 2020. IgE tot. = **288**, Sta facendo Budesonide di nuovo (4ml x 2 volte al dì, un derivato del cortisone). Prima dell'ultima recidiva di esofagite ha avuto dei sintomi premonitori: eruzione cutanea di tipo fungino aspecifica, che in 2 mesi si è risolta spontaneamente. L'orecchio dx controllato con Rx dopo colesteatoma, ha dato esito negativo e quindi **non si deve intervenire per ulteriore innesto osseo**. Alvo regolare, le feci sono formate. La digestione è buona, la diuresi nella norma. Il sonno è buono. Mai disturbi di esofagite notturni, quasi mai, urla nel sonno, chiama nel sonno, litiga con tutti durante il sonno.

### **Esame obiettivo:**

A livello esterno, non ci sono segni obiettivi al momento degni di nota.

Silicea 0,6/0,18/0,30 LM (1 x 60 gg), OTI D (12 gtt a pranzo), OTI K (10 gtt a cena), OTI A (10 gtt a colazione), Enterelle Plus (2 x 12 gg), continuare con Serobioma (1) + Milonet (2) x 3 mesi.

### **Esami diagnostici richiesti:**

A fine cura controllo; Ab anti Coxsakievirus B1-B6 IgG, Ab anti Adenovirus IgG, Streptochinasi.

## **Risposta dell'ultimo controllo dell'esofagite alla EGDS:**

### **AGGIORNAMENTO CON ESITO DI ESAME ISTOLOGICO:**

L'esame istologico ha mostrato:

- esofago distale: lembi di epitelio esofageo con esofagite di grado lieve e singolo microfocolaio con incremento dei granulociti eosinofili (fino a 15 X HPF)
- esofago medio: lembi di epitelio esofageo con esofagite di grado severo, erosiva, con numerosissimi granulociti eosinofili prevalentemente in superficie (fino a > 15 x HPF)

### **CONCLUSIONI E PROGRAMMA:**

Il quadro di Matteo depone pertanto per una esofagite eosinofila in remissione clinica ed endoscopica ma non completa remissione istologica.

Valorizzando l'esito dell'istologico e la pregressa sintomatologia del ragazzo caratterizzata da food impaction (necessità di rimozione endoscopica del bolo nel 2020 alla diagnosi e episodio a risoluzione spontanea in occasione di ultimo ricovero), appare opportuno mantenere per un periodo prolungato la terapia con Budesonide viscosa alla dose di mantenimento; per ora verrà proseguita la dieta senza latte e appare utile, data la componente di esofagite erosiva descritta eseguire un ciclo di IPP.

# Responso analisi Lab. Tedesco del 17/11/2022

Adenovirus IgG  
(Immunoensimatica)

: \*22

NTU

NEGATIVO: < 9  
Dubbio: 9 - 11  
POSITIVO: > 11

In caso di esito dubbio o discordante con la clinica, si consiglia, con favorevole parere del Medico prescrittore, ripetizione del test a distanza di tempo.

Coxsackie B (B1-B6 ) IgG

: \*POSITIVO alla diluizione  
1:100

Assenti < 1/100

(metodo IFA)

Un aumento delle IgG pari al doppio o superiore, che si verifica entro due settimane, indica un'infezione in fase acuta.

Streptokinasi Ab - ASK  
(metodo ELISA)

: \*1,46

index

Negativo: inferiore a 1.0

## **Controllo 25/11/22**

Sta facendo da un po di tempo terapia con Hepar Sulphur 5CH/9Ch (3 granuli sciolti in acqua 1 volta al dì alternati) per la presenza di recidiva di dermatite atopica a livello delle pieghe flessorie delle braccia, il prurito locale è migliorato molto ma anche la lesione di fondo, anche se ancora qualche esito permane. La digestione è buona, disturbi da reflusso non ne ha, alvo regolare, le feci sono formate. La crescita e il peso ci sono stati e piuttosto evidenti tanto che a maggio ha avuto un picco notevole con incremento staturale di 8 cm in altezza. Da allora si è fermato ma è cosa normale a mio avviso. Il sonno è buono, la mattina però non si sente completamente riposato. Parla nel sonno. Sonno ancora agitatissimo, urla nel sonno ma non bruxa. Il sonno è pesante e si sveglia ancora in uno stato soporoso. Dovrebbe fare timpano plastica orecchio sin x gennaio 2023 ma non è stato possibile e quindi rimandato oltre. Qualche giorno fa ha avuto **episodio di gastroenterite con dolore addominale risolto spontaneamente.**

### **Esame obiettivo:**

A livello esterno, nulla da segnalare; obiettività addominale completamente negativa.

### **Terapia:**

Calcarea Carbonica 0,6/0,18/0,30 LM (1 fiala al dì x 60 gg). OTI D (12 gtt a pranzo), OTI K (10 gtt a cena), OTI A (10 gtt a colazione). Reflumil sciroppo (1 misurino 2 volte al dì al bisogno).

## Analisi Lab. Tedesco del 21/06/2024

TAS quantitativo  
(metodo turbidimetrico)

:\*203

IU/mL

(< 200)

Anti DNasi B\*  
(metodo : Nefelometrico)

:\*196

U/mL

Negativo

<75

Debolmente Positivo

75-200

Positivo

> 200

Coxsackie B (B1-B6 ) IgG  
(metodo IFA)

: NEGATIVO (titolo < 1:80)

(Negativo)

Un aumento delle IgG pari al doppio o superiore, che si verifica entro due settimane, indica un'infezione in fase acuta.

**Controllo del 20/12/2024** (sospeso ormai da tempo Busedonide, i colleghi sono ancora convinti che i risultati ottenuti sono stati dovuti alle loro cure. Il ragazzo al momento segue una dieta senza glutine e lattosio 1 gg SI e 3 gg No. Nel giorno che introduce il glutine e lattosio integra con Galactol (1 cpr prima di colazione e pranzo x 2 gg: prodotto a base di alfa-galattosidasi digerisce tutti gli zuccheri complessi, i FODMAPS (si trovano nella frutta e nella verdura, sono molto concentrati nelle Fabacee, nelle Crucifere, nelle Liliacee ed in alcuni particolari cereali , e vanno ad aumentare il discomfort intestinale tipico del glutine, Beta galattosidasi metabolizza **lattosio, galattosio** e **glucosio**, e Tolerase G estratto da Aspergillus Niger che digerisce le proteine integre e residui di glutine, attivo a pH 4,5 che è quello ottimale presente all'inizio del duodeno).

**Responso analisi dopo ultima cura con Calcarea Carbonica (data il 26/07/2024):** TAS = 149, Streptozyme = < 1:100, manca anti DNAasi (B). Ultima cura prescritta: Thuja 0,6/0,18/0,30 LM