

Come comportarsi di fronte ad un bambino che inizia a tossire? Quando allarmarsi e farlo subito visitare? Quando sospettare bronchite o broncopolmonite?

Quando un bambino inizia a tossire sono davvero tante le ansie che investono i genitori poiché le possibili cause possono andare dal banale raffreddore (il più delle volte) alla pertosse, dalla laringotracheite alla famigerata bronchite; o ancora, meno frequentemente, la tosse può dipendere da condizioni più gravi quali broncopolmonite o pleurite.

Le cause della tosse sono davvero tante ma in quest articolo esamineremo le cause di tosse da pochi giorni (ovvero che duri da meno di 3 settimane e detta anche tosse acuta). La tosse di lunga durata invece (cioè che duri ininterrottamente da oltre 3 settimane) sarà oggetto di un altro articolo.

Ecco quindi come orientarvi nell'attesa della visita del vostro pediatra in caso di tosse da pochi giorni.

## Tosse secca e tosse grassa: qual è la differenza?

E' utile fare subito un'importante distinzione:

- Tosse secca (o stizzosa) è un tipo di tosse fine a se stessa, che non presenta secrezioni e quindi "non smuove muchi"; essa è spesso molto fastidiosa, talora continua.
- Tosse grassa (o mucosa) è invece un tipo di tosse che ha un fine ben preciso e cioè "smuovere i muchi" accumulati a livello di bronchi e polmoni o più spesso a livello di ciò che la maggior parte di voi chiama genericamente "gola" (riferendosi a faringe, laringe e trachea insieme)
- Tosse mista (un po' secca e un po' grassa) è tipica allorché il bimbo alterni durante il giorno fasi di tosse secche a fasi in cui si sente chiaramente la presenza di muchi

## E se non fosse una bronchite ma un semplice raffreddore?

Il raffreddore è certamente la più frequente causa di tosse nei bambini soprattutto quando il bimbo non soffia ancora il naso. Solitamente quando si tratta di semplice raffreddore accade spesso che la *tosse è grassa* e si scatena soprattutto quando il bambino è disteso (e quindi i muchetti dal naso gli “cadono” in gola dove si accumulano); nel tentativo di liberarsi di questi muchetti dalla gola si può verificare che il piccolo in piena notte o di primo mattino inizi a tossire violentemente; queste “crisi” di tosse a volte durano anche qualche ora e possono culminare col vomito di muchi magari misti alla cena della sera prima. Dopo che il bimbo si è liberato di questo groviglio di muchi dalla gola, di solito la tosse si calma per alcune ore per poi riprendere quando si crea un nuovo accumulo.

Per saperne di più sul raffreddore nei bambini e i suoi rimedi leggi questo articolo: [Raffreddore nei Bambini: rimedi e cure](#)

## Quando la tosse secca potrebbe essere sintomo di tracheite o laringotracheite?

Rappresentano altra cause abbastanza frequenti di tosse in bambini (ma anche in adulti) che, come il raffreddore, si verificano soprattutto quando il clima è freddo, l'aria è secca e magari ci si scopre la notte o si cammina a piedi scalzi. Solitamente qui abbiamo *tosse inizialmente secca e stizzosa che tende a “maturare” divenendo mucosa dopo 3-4 giorni*; la tosse è quasi continua, molto fastidiosa. La differenza tra tracheite e laringotracheite è che in quest'ultima è coinvolta anche la laringe (cioè la zona più stretta delle vie respiratorie) e qui solitamente la tosse assume un tipico rumore “canino” (come se il bimbo abbaiasse) o si verifica un abbassamento del timbro della voce; talora subentra difficoltà respiratoria (laringospasmo, ovvero la laringe si “stringe” chiudendosi).

Nella maggior parte dei casi, trattandosi di infezioni per lo più virali, è possibile ottenere la guarigione con un'adeguata terapia aerosolica da concordare con il proprio pediatra in base alle caratteristiche del bambino, senza dover necessariamente ricorrere ad antibiotici per via

orale. Sarà ovviamente il pediatra che visita il piccolo a decidere, qualora necessario, il momento più opportuno per iniziare antibiotici.

Quando la tosse è molto frequente e stizzosa è infatti sempre raccomandabile far visitare il bambino dal momento che potrebbero essere anche altre le cause della tosse e talora più serie e meritevoli di terapia più aggressiva (che di seguito continuiamo ad elencare).

## Come capire se il bambino ha la bronchite?

Solitamente nella bronchite la tosse è pressoché continua, insistente, e può essere sia secca che grassa, in base alla fase in cui ci troviamo. Contrariamente a quanto molti pensano, anche la bronchite è nella maggior parte dei casi di natura virale ed è quindi passibile di guarigione spontanea anche senza antibiotici. Essendo però un'infezione delle vie aeree più basse, è più probabile che si sviluppino sovra-infezioni batteriche con necessità di ricorrere ad antibiotici.

Sarà dunque sempre il pediatra a valutare, sulla base della visita e delle caratteristiche del bambino, se è possibile attendere alcuni giorni per la guarigione spontanea senza antibiotici oppure se è necessario iniziare immediatamente antibiotici adeguati. Ciò che comunque spesso si osserva è che diversi pediatri preferiscono, in caso di bronchite, in via cautelativa, affiancare immediatamente alla terapia aerosolica una terapia antibiotica a base di macrolidi (ciò che forse conoscete meglio col nome di Macladin® , Klacid®. Zitromax®) o di antibiotici beta-lattamici (ad esempio: Augmentin®, Clavulin®, Neoduplamox®) oppure di cefalosporine (es: Panacef®, Oraxim®).

## Quando sospettare una bronchite asmatica?

Si tratta di forme in cui oltre alla produzione di muco bronchiali vi è anche una tendenza alla "chiusura dei bronchi" (in termini tecnici: broncospasmo o broncostenosi). In questi casi sarà sicuramente utile introdurre, su consiglio del proprio pediatra, un broncodilatatore per via inalatoria (tramite aerosol oppure spray con distanziatore). Alcuni esempi presenti in commercio: Ventolin®, Broncovaleas®, Brevia®) e su consiglio del proprio pediatra,

decidere se è necessario aiutare il piccolo con del cortisone per via orale (es: Bentelan®, Decadron®, Soldesam®). Per saperne di più sulla bronchite asmatica [clicca qui](#)

## È possibile che il bambino si ammali di pertosse?

Nonostante l'esistenza della vaccinazione è comunque possibile per un bambino (ed anche per un adulto) contrarre la pertosse in quanto è stato dimostrato che la protezione del vaccino tende a ridursi dopo 5-6 anni (per questo si fa un richiamo verso i 5 anni di età). In caso di pertosse si assiste ad una prima fase (*catarrale*) difficilmente distinguibile da un comune raffreddore caratterizzata da muco nelle alte vie respiratorie, talora un po' di febbre e *tosse mucosa*. Dopo alcuni giorni subentra la seconda fase (*parossistica*) caratterizzata da violente *crisi di tosse secca, stizzosa, a colpi ravvicinati che spesso si concludono col famoso "tiro"* (cioè il bambino, dopo la fase di apnea dovuta alla tosse ripetuta tira dentro aria velocemente generando un peculiare rumore inspiratorio).

Durante la crisi di tosse il piccolo appare spesso sofferente, volto gonfio, occhi arrossati di sangue e lingua protrusa. Le crisi di tosse subentrano con una frequenza che può variare da 4-5 volte al giorno (forme lievi) fino a 40-50 volte al giorno (forme gravi) tanto da richiedere ricovero e ossigenoterapia. Talora sono scatenate da stimoli banali come la risata o l'alimentazione. E' necessario istituire, sotto la guida del proprio pediatra, terapia con una classe di antibiotici chiamati "macrolidi" (ad esempio: Macladin®, Klacid®, Veclam®, Eritrocina®).

## Come capire se si tratta di bronchite, broncopolmonite o polmonite?

Si tratta di infezioni respiratorie in cui è la parte più profonda delle vie respiratorie (cioè il polmone) ad infettarsi e infiammarsi e *diventare quindi più densa* lasciando così meno spazio all'ingresso d'aria. Per intenderci: immaginate che il polmone è fatto normalmente da milioni di piccolissime "camerette rotondeggianti" (dette *alveoli polmonari*) nelle quali entra ed esce continuamente aria. In caso di broncopolmonite queste minuscole "camerette" collassano su se stesse e c'è meno spazio per l'ingresso di aria. Se la polmonite è molto grave ed estesa addirittura può accadere che il bambino si ossigeni di meno e possa richiedere

ospedalizzazione.

L'addensamento del polmone può avvenire nella parte iniziale di queste minuscole camerette (*polmonite interstiziale*) oppure nella parte finale e più profonda di queste (*polmonite lobare*).

- *È sempre presente la febbre nella polmonite?*

NO. Nonostante sia spesso presente, la febbre non è una costante e non di rado si osservano bambini (o anche adulti) con polmonite che risultano minimamente o addirittura per niente febbrili

- *È sempre necessario fare le punture in caso di polmonite?*

NO. E' ormai da anni dimostrato che gli antibiotici per via orale, qualora opportunamente aggiustati nel dosaggio dal vostro pediatra, possono guarire in maniera completa la polmonite. Tutto ciò ovviamente a patto che il bambino sia collaborativo e faccia bene la terapia. In caso contrario allora è meglio ricorrere alle siringhe.

- *È sempre necessaria la radiografia per confermare la polmonite?*

NO. Nella maggior parte dei casi basta una semplice visita pediatrica per sentire col fonendoscopio che c'è polmonite ed avviare un'adeguata terapia antibiotica. Il vostro pediatra potrebbe scegliere di fare una radiografia del torace al bambino (sottoponendolo purtroppo a raggi) soprattutto nei casi in cui alla visita si sospetta una forma particolarmente grave, una complicanza oppure se dopo 48 ore di adeguata terapia non si riscontri miglioramento.

**Può essere utile la radiografia del torace in caso di tosse o bronchite nel bambino?**

Come già accennato non è sempre utile fare la radiografia del torace in presenza di tosse o altri sintomi respiratori. La decisione di sottoporre il bimbo ai raggi X (pratica non scevra da

potenziali danni a lungo termine) deve essere presa dal medico sulla base di criteri di:

- Gravità dei sintomi
- Sospetto di complicanze
- Mancata risposta alle terapie prescritta
- Caratteristiche individuali del bambino (storia clinica, patologie di base etc)

Vediamo alcuni dei reperti radiografici di più frequente riscontro che potreste trovarvi a leggere:

*“Si segnala focolaio di addensamento parenchimale...oppure... si segnala opacità parenchimale... in sede... etc”*

Questo reperto è suggestivo di broncopolmonite. In questo caso sarà necessario avviare il prima possibile un'adeguata terapia antibiotica sotto la guida del proprio pediatra.

*“Si segnala ispessimento (o addensamento) della trama broncovasale... o della trama vasale... o della trama vascolare... o della trama vascolobronchiale”*

In qualsiasi modo il radiologo abbia scelto di chiamare questa famosa “trama broncovasale” di cui stiamo parlando, questo reperto sta ad indicare molto semplicemente un iperafflusso di sangue ai polmoni che *può dipendere non solo dalla bronchite* ma anche semplicemente da:

- Febbre alta
- Fatica a respirare (magari perché ha il naso otturato ed un respiro “pesante”)
- Gravidanza (ma non è il caso de bambini)
- Laringotracheite

Purtroppo tale reperto radiologico viene tutt'oggi molto spesso grossolanamente etichettato come “segno inequivocabile di bronchite”, ma è necessario chiarire che in realtà nella maggior parte dei casi esso dipende semplicemente dallo stato febbrile in corso.

Ricordate: la bronchite si sente con l'orecchio alla visita medica.

La presenza di *ispessimento della trama broncovasale* alla radiografia non basta da sola a confermare la diagnosi di bronchite in assenza di chiari “rumori” da bronchite alla visita medica in quanto tale reperto radiologico si riscontra non solo nella bronchite ma anche in altre condizioni di iperafflusso di sangue ai polmoni.

[Potrebbe interessarti: Febbre in bambini e neonati: come e quando abbassarla?](#)

[Potrebbe interessarti: Nurofen e Tachipirina: è possibile alternarli?](#)



# CERCHI UN **PEDIATRA A CASA?**

11:29  
Elenco Medici  
Seleziona uno o più medici e attendi il primo che risponderà  
SELEZIONA TUTTI

<input type="radio"/>		Dott. Iva Trevisano Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Domenico Arcuri Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Maria Pia Panicucci Non Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Gaetano Padovano Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Marzio Calabresi Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Sebastiano Cremonesi Non Disponibile	

SCARICA L'APP



[Potrebbe interessarti: Mononucleosi: Contagio, Sintomi e Terapia](#)