HAMMAN'S SYNDROME (SPONTANEOUS PNEUMOMEDIASTINUM)

Sónia Santos*, Cátia Ribeiro Santos, Joana Raquel Monteiro, Sónia Salgueiro, Célio Fernandes

Serviço de Medicina Interna 2, Centro Hospital de Leiria, Leiria, Portugal

***Contacto Autor:** soniacmsantos.mail@gmail.com

Resumo

Os autores apresentam o caso de um jovem de 22 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de urgência por dor torácica. Apresentava história com dois dias de evolução de odinofagia, tosse produtiva, febre e dispneia. A radiografia de tórax apresentava uma linha contornando o coração e o sinal do diafragma contínuo. Realizou tomografia computorizada do tórax que revelou a presença de pneumomediastino e enfisema do tecido subcutâneo. O caso foi discutido em equipa multidisciplinar, tendo sido rejeitada a hipótese de intervenção cirúrgica. Optou-se por tratamento conservador com resolução completa do pneumomediastino.

Abstract

The authors present the case of a previously healthy, 22-year-old male nonsmoker who sought emergency room treatment complaining of retrosternal pain. He reported a history of odynophagia two days before, followed by productive cough, fever and dyspnea. On chest radiography, a line could be observed surrounding the heart and the continuous diaphragm sign. The chest computed tomography scan confirmed the presence of pneumomediastinum and soft tissue emphysema. The case was discussed in a multidisciplinary team, and the possibility of surgical intervention was rejected. Conservative treatment was decided with complete resolution of the pneumomediastinum.

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Hamman consiste num pneumomediastino espontâneo, não causado por trauma ou cirurgia. É definido como a presença de ar livre no mediastino.[1]

Com uma incidência de cerca de 1 por 30.000 doentes de emergência,[2] o síndrome de Hamman afecta sobretudo indivíduos do sexo masculino na segunda década de vida, muitos dos quais com asma. A tríade de sintomas clássica descrita, consiste em dor torácica (usualmente retroesternal e de natureza pleurítica), enfisema subcutâneo e dispneia. Outros sintomas incluem tosse, febre, disfonia, odinofagia e disfagia.[3]

O tratamento do síndrome de Hamman permanece controverso. A maioria dos estudos recomenda tratamento conservador incluindo repouso e analgesia se necessário.[1]

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino de 22 anos, com antecedentes de eczema atópico, não fumador, que recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor torácica retroesternal com início cerca de 4 horas antes de recorrer ao hospital. Apresentava um quadro com início dois dias antes de odinofagia, seguido de tosse produtiva, febre e dispneia.

À observação estava febril (T38,5ºC), tensão arterial de 151/85 mmHg com frequência cardíaca de 120 bpm. À auscultação pulmonar apresentava sibilância à auscultação pulmonar, sem outras alterações ao exame objectivo.

Do estudo analítico efectuado apresentava leucocitose (15000/μL) com neutrofilia (90,2%) e elevação da proteína C reactiva (41.8 mg/L), sem outras alterações, nomeadamente elevação dos marcadores de necrose miocárdica (Creatinina-quinase 153 U/L e Troponina I de alta sensibilidade 8,1pg/mL). A gasimetria arterial revelou hipoxemia com pO2 67 mmHg, saturação de oxigénio 96,4%, sem outras alterações.

O electrocardiograma apresentava ritmo sinusal, com frequência cardíaca de 107 bpm, sem alterações do segmento ST. Fez colheita para pesquisa de antigénios urinários para *Streptococcus pneumoniae* e *Legionella pneumophila*

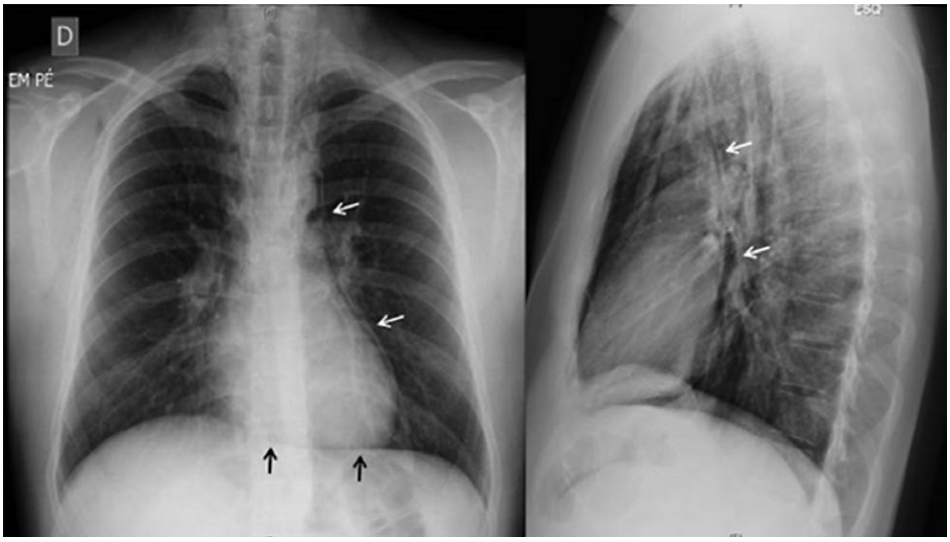

Figura 1 *Radiografia tórax mostrando pneumomediastino. As setas a branco mostram uma linha radiotransparente que contorna a silhueta cardíaca. As setas a negro identificam o sinal de diafragma contínuo – linha radiotransparente que atravessa a linha média acima do diafragma.*

que foram negativos e pesquisa por cadeia de polimerase de vírus Influenza A, B e H1N1 que também foi negativa. As hemoculturas foram negativas.

Na radiografia de tórax observou-se uma linha radiotransparente que contornava a silhueta cardíaca bem como o sinal de diafragma contínuo - linha radiotransparente que atravessa a linha média acima do diafragma na radiografia de tórax póstero-anterior (Figura 1).

Para melhor esclarecimento e confirmação do diagnóstico realizou tomografia computorizada do tórax que confirmou a presença do pneumomediastino e enfisema subcutâneo na região cervical e na região torácica à direita (Figura 2). Traqueia e esófago aparentemente íntegros.

Foi assumido episódio de asma inaugural, exacerbada por traqueobronquite aguda, pelo que foi iniciada terapêutica com oxigénio, broncodilatadores e antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico. No que concerne ao pneumomediastino, foi consultada a cirurgia torácica, que considerou que não existia indicação para abordagem invasiva, pelo que foi optado por tratamento conservador, com repouso e analgesia caso necessário.

O doente apresentou melhoria clínica e os exames de imagem repetidos após oito dias mostravam resolução completa do pneumomediastino (Figura 3).

DISCUSSÃO

O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara caracterizada por ar livre no mediastino. Existem dados que apontam para 25% dos doentes com esta patologia apresentarem combinação de asma e acessos de tosse.[4]

Esta patologia pode complicar-se com pneumotórax, pneumomediastino sob tensão, pneumopericárdio e

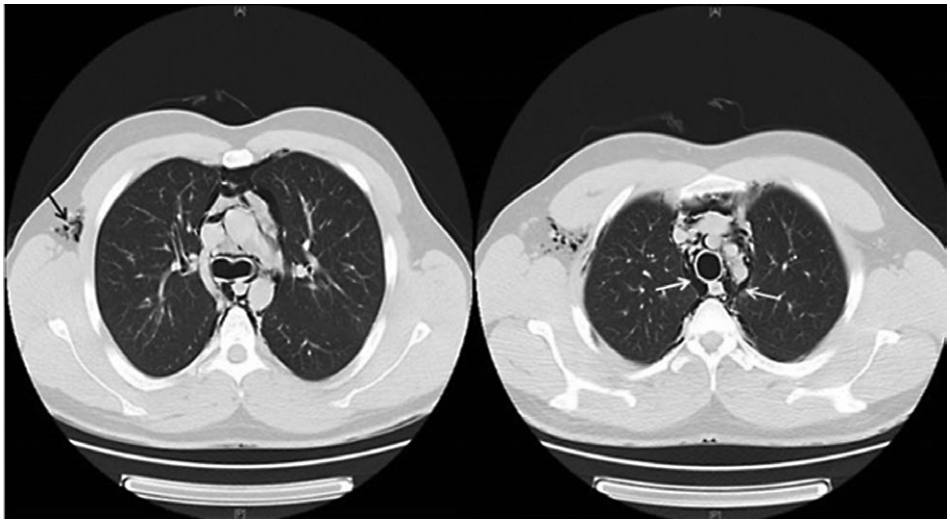

Figura 2 *Imagens da Tomografia Computorizada do Tórax que mostram pneumomediastino (ar livre na região do mediastino médio em torno das estruturas vasculares (setas brancas)) e enfisema subcutâneo no tórax (seta preta).*

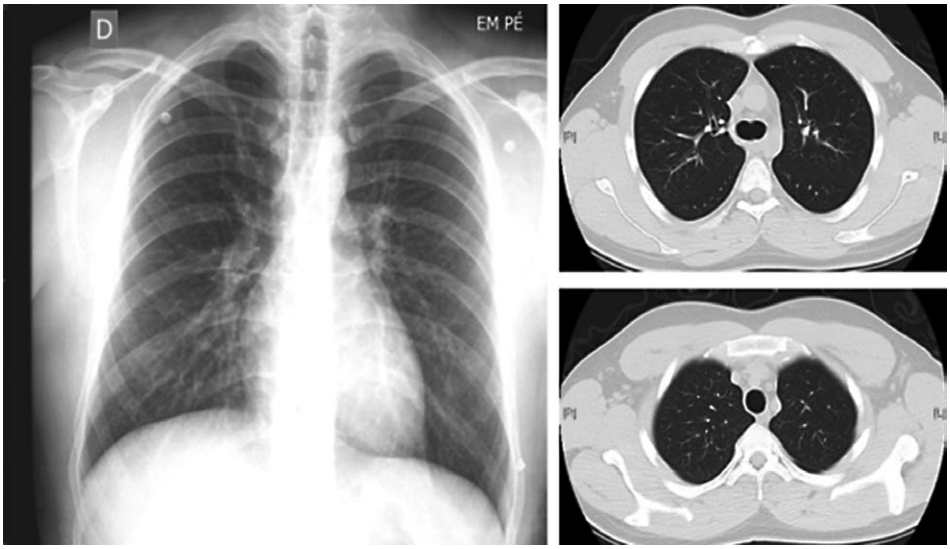

Figura 3 *Imagens de Radiografia de Tórax e de Tomografia Computorizada do Tórax que mostram completa resolução do pneumomediastino.*

tamponamento cardíaco, pelo que os doentes devem ser mantidos sob observação.[4]

Uma série de casos na literatura sugerem uma evolução benigna apesar de não existirem até à data normas de orientação no que diz respeito a intervenções diagnósticas e terapêuticas necessárias no pneumomediastino espontâneo.[5] Por se tratar de uma patologia com curso benigno, a maioria dos doentes devem seguir tratamento conservador, evitando manobras que aumentem a pressão intratorácica.[4]

No caso apresentado foi assumido o diagnóstico de asma agudizada por traqueobronquite. Com a terapêutica instituída para esta patologia e tratamento conservador para o pneumomediastino apresentou melhorias sem complicações. Não foi realizado estudo adicional dado o doente apresentar melhoria clínica e não ter sinais compatíveis com rotura esofágica.

O pneumomediastino apesar de ser um fenómeno raro, deve ser considerado quando são avaliados doentes jovens com sintomatologia cardiorrespiratória. O diagnóstico atempado e uma elevada suspeição clínica previnem complicações posteriores.

REFERÊNCIAS:

1. Alves G, Silves R, Corrêa J, Colpo C, Cezimbra H, Haygert C: Pneumomediastino espontâneo (síndrome de Hamman). J Bras Pneumol 2012, 38:404-407.
2. Song I, Lee S, Lee S, Choi W: Diagnosis and treatment of spontaneous pneumomediastinum experience at a single institution for 10 years. General thoracic and cardiovascular surgery 2017, 65(5):280-284.
3. Meireles J, Neves S, Castro A, França M: Spontaneous pneumomediastinum revisited. Respiratory Medicine CME 2011, 4(4):181-183.
4. Mohamed W, Exley C, Sutcliffe I, Dwarakanath A: Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's Syndrome): presenting as acute severe asthma. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2019, 49(1):31-33.
5. Al-Mufarrej F, Badar J, Gharagozloo F, Tempesta B, Strother E, Margolis M: Spontaneous pneumomediastinum: diagnostic and therapeutic interventions. Journal of Cardiothoracic Surgery 2008, 3(59).