

SÍNDROME DE HAMMAN: UM RELATO DE CASO

HAMMAN'S SYNDROME: A CASE REPORT

Pedro Cardoso Siqueira Albernaz¹, Bruna Arêas Ribeiro², Danielli Aparecida de Souza Silva¹, Mayra Drummond Palmeira Gama³

¹ Acadêmico(a) de Graduação em Medicina - Faculdade de Medicina de Campos

² Médica Formada pela Faculdade de Medicina de Campos

³ Médica Preceptora, Cirurgia Torácica no Hospital Ferreira Machado

Autor correspondente: Pedro Cardoso Siqueira Albernaz

Contato: pedroalbernaz10@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Hamman (SH) é uma condição rara com uma baixa prevalência, entre 0,001% e 0,01%, que se caracteriza pela presença de ar no mediastino, podendo estar relacionada à exacerbação de asma, a prática de exercícios físicos de alta intensidade, tosse intensa e inalação de drogas. O seguinte relato tem como objetivo: informar sobre a existência de pneumomediastino espontâneo e relatar o caso de um paciente asmático com a síndrome de Hamman. Paciente masculino, branco, 14 anos de idade, procurou o pronto-socorro com quadro de tosse seca e dispneia, além de dor intensa em pescoço e região torácica após crise asmática. Refere diagnóstico prévio de asma, em uso irregular de prednisolona. O paciente foi internado e recebeu monitorização não-invasiva, analgesia, fez uso de corticoide oral (hidrocortisona), além de broncodilatadores inalatórios (fenoterol e ipratrópio). Após cinco dias de internação hospitalar, houve redução substancial do enfisema subcutâneo com melhora da ausculta respiratória. A SH, apesar de ser uma condição imprevista no pronto-socorro, é potencialmente fatal. Desse modo, é necessário uma visão crítica de pacientes com enfisema subcutâneo cervical, dor torácica e alteração na fala, principalmente se excluídas outras causas. Pela tomografia computadorizada, é possível alcançar um diagnóstico preciso e rápido.

Palavras-chave: Enfisema subcutâneo. Síndrome de Hamman. Pneumomediastino espontâneo.

ABSTRACT

Hamman Syndrome (HS) is a rare condition with a low prevalence estimated to be between 0.001% and 0.01%, which is characterized by the presence of air in the mediastinum. It may be related to asthma exacerbation, the practice of high-intensity physical exercise, intense coughing and inhalation of drugs. The following report aims to inform about the existence of spontaneous pneumomediastinum and to report the case of an asthmatic patient with Hamman syndrome. A 14-year-old Caucasian male patient sought the emergency room with a picture of dry cough and dyspnea, besides intense pain in the neck and chest region after an asthmatic crisis. He reported a previous diagnosis of asthma and irregular use of prednisolone. The patient was admitted and received non-invasive monitoring, analgesia, and oral corticosteroids (hydrocortisone), as well as inhaled bronchodilators (fenoterol and ipratropium). After five days of hospitalization, there was substantial reduction of subcutaneous emphysema, with improvement of respiratory auscultation. HS, although an unanticipated condition in the emergency room, is potentially fatal. Thus, a critical view of patients with subcutaneous cervical emphysema, chest pain, and impairment speech is necessary, especially if other causes are excluded. By computed tomography it is possible to achieve an accurate and rapid diagnosis.

Keywords: Hamman's Syndrome. Spontaneous pneumomediastinum. Subcutaneous emphysema.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Hamman (SH) é uma condição rara, com uma baixa prevalência, estimada entre 0,001% e 0,01%¹, que se caracteriza pela presença de ar no mediastino, sem fator causal, denominando-se como um pneumomediastino espontâneo (PME)¹. Acomete, na maioria das vezes, homens na segunda década de vida². Essa patologia pode estar relacionada à prática de exercícios físicos de alta intensidade, asma, tosse intensa e inalação de drogas³, sem a ocorrência de trauma torácico, cirurgias ou procedimentos médicos. Os sinais e sintomas mais comuns são: dor torácica e dispneia súbitas, seguidas por estridor, disfagia, disfonia e tosse, além de cervicalgia e enfisema subcutâneo².

Pneumomediastino é definido como a presença de ar livre no mediastino e é visto como um achado ameaçador, com complicações potencialmente catastróficas^{3,6}. Ele pode ser dividido em dois grupos: PME, sem qualquer fonte primária óbvia, e pneumomediastino secundário, com uma causa patológica responsável específica, como trauma, infecções intratorácicas ou violação da via aerodigestiva³.

Sendo descrito pela primeira vez em 1939, por Louis Hamman⁴, somente em 1944 o processo de fisiopatologia do PME foi relatado detalhadamente por Macklin, o qual descreveu como um aumento súbito de pressão intra-alveolar, levando ao surgimento de um gradiente de pressão e consequente ruptura de alvéolos, que causam a dissecação do ar ao longo da bainha broncovascular em direção ao mediastino, podendo estender-se ao tecido subcutâneo cervical, pleura, pericárdio, cavidade peritoneal e espaço epidural⁵.

O estudo tem como objetivo informar sobre a existência do pneumomediastino que não se relaciona com causas traumáticas, de caráter espontâneo e de origem interna, além de relatar o caso de um paciente asmático com a SH. A proposta foi sub-

metida para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Campos e recebeu o número de CAAE: 62419122.4.0000.5244 e parecer de aprovado 5.683.976.

As informações foram obtidas por meio da análise do prontuário e dos exames radiológicos e uma revisão de literatura.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente sexo masculino, branco, 14 anos de idade, longilíneo, procurou o pronto-socorro com quadro de tosse seca intensa, dispneia, vômitos, desenvolvendo repentina dor torácica precordial intensa e opressiva, disfonia e odinofagia na região torácica, após crise asmática. Refere diagnóstico prévio de asma em uso irregular de prednisolona. Nega outras comorbidades. Na admissão, apresentava-se lúcido, orientado, taquidispneico, com sibilos inspiratórios discretos à ausculta pulmonar, saturação de oxigênio de 96%, estável hemodinamicamente. Apresentava crepitações ao logo do precórdio e em região lateral esquerda do pescoço, compatível com enfisema subcutâneo. Os exames laboratoriais (hemograma, íons, função renal e proteína C reativa) não apresentavam alterações. A tomografia cervical evidenciou enfisema de partes moles em planos superficiais e profundos (Figura 1). A tomografia de tórax mostrou acentuado enfisema subcutâneo torácico, mediastinal, perivertebral no interior do canal vertebral dorsal (Figura 2). Não foram localizadas lesões evidentes em traqueia e brônquios fonte.

O paciente foi internado e recebeu monitorização não-invasiva, analgesia, fez uso de corticoide oral (hidrocortisona), além de broncodilatadores inalatórios (fenoterol e ipratrópio). Após cinco dias de internação hospitalar, houve redução substancial do enfisema subcutâneo, com melhora da ausculta respiratória, reunindo critérios de alta hospitalar.

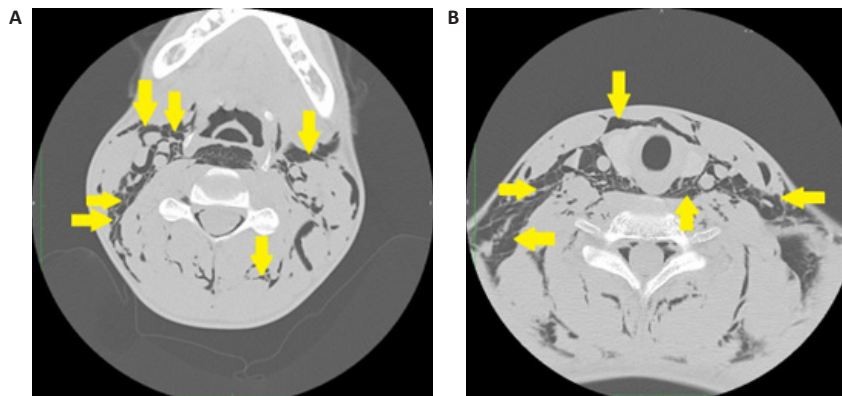


Figura 1 - A tomografia cervical do paciente evidência (setas amarelas) a presença de enfisema em planos superficiais e profundos ao redor da região cervical(A); e coleção de gás peritraqueal e um intenso enfisema subcutâneo cervical(B).

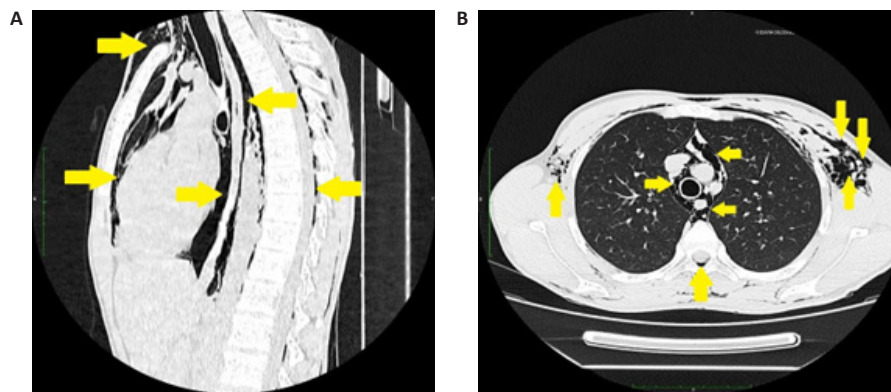


Figura 2- Na tomografia do tórax há a presença (detacada pelas setas amarelas) coleção gasosa dissecando estruturas perivascular, perivertebral e um enfisema subcutâneo na região anterior (A). Presença de ar separando estruturas vasculares do mediastino e uma coleção de gás dentro do canal vertebral (B).

DISCUSSÃO

Pneumomediastino espontâneo é uma patologia benigna e autolimitada na maioria dos casos. Acomete principalmente pacientes jovens, do sexo masculino, e ocorre em aproximadamente 1/30.000 admissões hospitalares^{4,5}. A fisiopatologia é descrita como uma ruptura dos alvéolos terminais que ocorre devido ao aumento da pressão intra-alveolar, provocando a saída de ar para o espaço intersticial, peribrônquico, hilo e mediastino. O ar entra no mediastino durante a respiração e busca o equilíbrio pressórico conhecido como fenômeno de Macklin⁶. Dentre os seus diagnósticos diferenciais, podem ser incluídas as condições associadas à dor torácica, tais como síndrome coronariana aguda, pericardite, espasmo esofágico, pneumotórax e tromboembolismo pulmonar, bem como causas de pneumomediastino secundário, como ruptura traqueobrônquica ou esofágica^{4,6}.

Os exames de imagem mais utilizados são a radiografia e tomografia computadorizada de tórax, sendo o último considerado o padrão-ouro. A radiografia de tórax é o exame utilizado na triagem dos pacientes de forma geral². As possíveis complicações variam de acordo com a etiologia ou o fator desencadeante. O atraso no diagnóstico e a não-obtenção de uma causa primária para o pneumomediastino podem ocasionar, por exemplo, ruptura esofágica, mediastinite ou pneumotórax hipertensivo⁶. Acerca do tratamento ainda é controverso, porém os estudos ainda são limitados e sugerem tratamento conservador, ou seja, tratar causa-base, além de repouso e analgesia^{5,6}. No entanto, não existe um consenso sobre o manejo desses pacientes. Alguns centros têm recomendado restringir o uso de exames invasivos e de antibióticos, assim como evitar a restrição dietética, pois tais fatores aumentam o tempo médio de internação⁶.

CONCLUSÃO

O PME, apesar de ser uma condição inesperada, é potencialmente fatal. Assim, faz-se necessário uma visão crítica de pacientes com enfisema subcutâneo cervical, dor torácica e disfonia, principalmente se excluídas outras causas. Pela tomografia computadorizada, é possível obter um diagnóstico preciso. Como tratamento, a abordagem da crise asmática em conjunto com analgesia e repouso apresenta efetividade, trazendo melhora ao paciente em curto período.

REFERÊNCIAS

1. Grapatsas K. et al. Hamman's syndrome (spontaneous pneumomediastinum presenting as subcutaneous emphysema): A rare case of the emergency department and review of the literature. *Respiratory Medicine Case Reports* 2018; 23:63–65. Doi:10.1016/j.rmcr.2017.12.004.
2. Persegui AB, Pereira DAR, Fiori LB, Said MM, Peres MVR, Aquino JLB. Pneumomediastino espontâneo (síndrome de Hamman) relato de dois casos. *Rev Med (São Paulo)* 2016 jul./set;95(3):138-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i3p138-141>.
3. Song IH, Lee SY, Lee SJ, Choy WS. Diagnosis and treatment of spontaneous pneumomediastinum: experience at a single institution for 10 years. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2017;65(5):280-284. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11748-017-0755-3>.
4. Iyer VN, Joshi AY, Ryu JH. Spontaneous pneumomediastinum: analysis of 62 consecutive adult patients. *Mayo Clin Proc* 2009;84(5):417-21. PMID:19411438 PMCID:2676124.
5. Caceres M, Ali SZ, Braud R, Weiman D, Garrett HE Jr. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg* 2008;86(3):962-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2008.04.067>
6. Martins CS, Ramalho AM, França ASB, Gaudard AC, Farsoun Junior VK. Síndrome de Hamman na infância - relato de caso. *Resid Pediatr* 2021;11(2):1-3 Doi: 10.25060/residpediatr-2021.v11n2-129.