



www.elsevier.es/cirugia

P-574 - SÍNDROME DE HAMMAN: REPORTE DE DOS CASOS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA

Aguilar Martínez, María del Mar; Bellón López, Marta; Moya Forcén, Pedro; Galindo Benito, Isabel; Alcaide Quirós, María José; Arroyo Sebastián, Antonio; Candela Polo, Fernando; Calpena Rico, Rafael

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: La presencia de aire en el mediastino sin un factor predisponente claro o patología subyacente, recibe el nombre de neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman. Es una entidad poco frecuente y presenta una incidencia que oscila entre 1:7000 y 1:42.000 pacientes atendidos en urgencias, según las series. Hay poco descrito en torno a esta patología y cuando se presenta un caso, puede resultar difícil diagnosticarlo puesto que clínicamente recuerda a otras enfermedades más comunes. En cuanto a la fisiopatología, consiste en una fuga aérea en el espacio alveolar que va disecando la membrana alveolocapilar alcanzando finalmente el mediastino. Los niños y adolescentes son los pacientes que con mayor frecuencia lo presentan, habitualmente relacionado con crisis asmáticas. En adultos su relación con el asma es menor, pero encontramos otros desencadenantes como el ejercicio físico, maniobras de Valsalva o la drogadicción. El dolor torácico es el síntoma más frecuente, que empeora con los movimientos respiratorios y mejora en sedestación con el tórax hacia delante. La radiografía torácica dará el diagnóstico en muchas ocasiones, mostrando burbujas aéreas rodeando a las estructuras mediastínicas o enfisema subcutáneo. La TAC torácica es más específica, pero no se debe realizar de rutina. El tratamiento será conservador y consiste en oxigenoterapia, analgesia y reposo.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 23 años que acude a urgencias por dolor torácico irradiado a cintura escapular y odinofagia, junto a sensación de crepitación cervical de 12 horas de evolución. No refiere sensación distémrica, golpes de tos ni síntomas de atragantamiento. Aproximadamente 24 horas antes, estuvo consumiendo cocaína y cree poder relacionar este hecho con su sintomatología. Durante su estancia en urgencias le realizaron, entre otras pruebas, radiografía de tórax que evidenció aire en mediastino y región supraclavicular sin signos de neumotórax, y TAC torácica que confirmó la presencia de neumomediastino con extensión a cuello y axila derecha. Se diagnostica de síndrome de Hamman y se decide hospitalización en el servicio de cirugía para tratamiento conservador. Tras 3 días de ingreso presenta mejoría clínica y normalización radiológica, por lo que se decide alta hospitalaria. Caso 2: varón de 20 años con antecedentes de asma bronquial en tratamiento ocasional con salbutamol, que tras una crisis acude a urgencias por dolor cervical irradiado a hombros y que se alivia ligeramente con la sedestación. En la exploración destacaba crepitación en fosas supraclaviculares. Se realizó radiografía de tórax que reveló aire mediastínico y TAC torácica que confirmó el neumomediastino. Cirugía de guardia valoró al paciente y se decidió ingreso hospitalario. A los 4 días de ingreso, presentaba mejoría clínica y radiológica por lo que se realizó interconsulta a neumología para ajuste de tratamiento asmático y alta.

Discusión: El síndrome de Hamman es una entidad infrecuente que cuenta con una incidencia muy baja y que consiste en la presencia de aire mediastínico sin ningún factor predisponente claro que pueda explicarlo siendo la crisis asmática la etiología más relacionada. Cursa con disnea y dolor centrotorácico, normalmente en pacientes jóvenes y puede recordar a otras patologías como la cardiovascular o la perforación esofágica. Habrá que prestar especial atención al diagnóstico diferencial con estas entidades ya que el manejo terapéutico y el pronóstico de los pacientes será completamente diferente por tratarse de una entidad benigna y fácilmente solucionable con medidas no invasivas.