

## SÍNDROME DE HAMMAN: CAUSA ATÍPICA DE UN DOLOR TORÁCICO

Dr. Carlos Adolfo Aranda Mallen<sup>1</sup> / Dr. Luis Maria Hernaiz Calvo<sup>1</sup> / Dra. Patricia Trenc Español<sup>2</sup> / Dr. Fernando López López<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Interno Residente de tercer año. Centro de Salud San José Norte. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>2</sup> Médico Adjunto. Servicio de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

El neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman es una entidad poco conocida y relativamente infrecuente (1/30.000 personas vistas en urgencias hospitalarias). Se trata de una patología benigna, más frecuente entre la población joven masculina cuyo síntoma principal es el dolor torácico. El diagnóstico de sospecha se confirma con una prueba de imagen, principalmente radiografía de tórax. El tratamiento en los casos leves es conservador.

### PALABRA CLAVE

Neumomediastino espontáneo, Dolor torácico, Enfisema subcutáneo

### HAMMAN SYNDROME: ATYPICAL CAUSE OF CHEST PAIN

### ABSTRACT

Spontaneous pneumomediastin or Hamman syndrome is a little known and relatively uncommon entity (1/30,000 people treated in hospital emergencies). It is a benign pathology, more common among the young male population and whose main symptom is chest pain. The diagnosis of suspicion is confirmed by an imaging test, mainly chest x-ray. Treatment in mild cases is conservative.

### KEY WORDS

Spontaneous pneumomediastin, chest pain, subcutaneous emphysema

# Notas Clínicas

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como neumomediastino espontáneo, o síndrome de Hamman, a la presencia de aire en el mediastino sin causa aparente<sup>1</sup>. Se cree que puede estar relacionado con traumatismo, tos intensa, infecciones, drogas inhaladas o por causas iatrogénicas<sup>1,2</sup>; incluso se ha visto algunos casos de neumomediastino espontáneo post-parto<sup>3</sup>. Fue descrito por primera vez por Louis Hamman en 1939<sup>4</sup>.

Es una entidad benigna, más prevalente en la población masculina joven, de entre 17 y 25 años, con una incidencia aproximada de 1/30.000 pacientes atendidos en urgencias<sup>5</sup>.

El mecanismo fisiopatológico responde a la aparición de una diferencia de gradiente de presión entre el alveolo y el intersticio pulmonar, lo que conlleva una ruptura alveolar. Tras esta ruptura, el aire pasa desde el intersticio al hilio pulmonar, y de ahí, al mediastino, secundario a la diferencia de presión entre este último y la periferia del pulmón<sup>6</sup>.

La clínica típica suele ser dolor torácico, disnea, cervicalgia y enfisema subcutáneo. El dolor torácico es el síntoma predominante, empeora con el movimiento y la respiración profunda y mejora al inclinarse hacia adelante. Puede llegar a irradiarse hacia cuello, hombro o brazo<sup>7</sup>.

Un signo característico durante la exploración, además del enfisema subcutáneo, es el signo de Hamman, nombre designado al crujido que se ausculta en la región torácica con cada latido cardíaco, pudiendo confundirse en algunas ocasiones, con el roce pericárdico típico de las pericarditis. Aunque este signo es muy orientativo del Síndrome de Hamman, sólo está presente en menos de la mitad de los pacientes con esta patología<sup>7</sup>.

La sospecha clínica se confirma mediante la realización de radiografía simple de tórax, pudiendo objetivar presencia de aire en el mediastino. El TAC de tórax presenta mayor sensibilidad y especificidad que la radiografía simple, tanto para el diagnóstico como para definir la localización, la extensión y la presencia de afectación pulmonar, siendo utilizada en caso de dudas diagnósticas o para excluir complicaciones subyacentes<sup>7,8</sup>.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con aquellas entidades que cursan con dolor torácico y disnea como dolor osteomuscular, síndrome coronario agudo, pericarditis, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar, neumonía y derrame pleural, y con enfermedades que pueden presentar enfisema subcutáneo como la ruptura esofágica (síndrome de Boerhaave)<sup>9,10,13</sup>.

El tratamiento en los casos leves, sin repercusión hemodinámica, es conservador aplicando medidas de soporte como oxigenoterapia, reposo relativo evitando maniobras de Valsalva y antiinflamatorios. El procedimiento quirúrgico queda reservado para pacientes con compromiso hemodinámico. La resolución del cuadro se produce espontáneamente a los 7-10 días y las recurrencias son infrecuentes<sup>11,12</sup>.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 19 años, procedente de la India y residente en España desde hace 17 años. Antecedentes personales de talasemia *minor*, no fumador ni consumidor de otros tóxicos. No toma medicación actualmente.

Acude a urgencias por cuadro de dolor centrotorácico intenso, de aparición espontánea y de pocas horas de evolución, sin irradiación a otras regiones del tórax. El dolor no se relaciona con sobreesfuerzo físico, traumatismo ni infección o cuadro viral previo; se intensifica con la inspiración profunda sin relacionarlo con movimientos posturales. No presenta disnea, tos, aumento de expectoración ni fiebre.

A su llegada presenta estabilidad hemodinámica con cifras de tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 70 lpm y saturación de O<sub>2</sub> 99%.

Se muestra consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo y sin trabajo respiratorio. No se objetivan alteraciones en la exploración cardiopulmonar ni abdominal. No presenta aumento del dolor a la palpación de tórax ni signos de enfisema subcutáneo. Tampoco existen signos de insuficiencia circulatoria venosa ni signos trombotismo venosa profunda ni superficial.

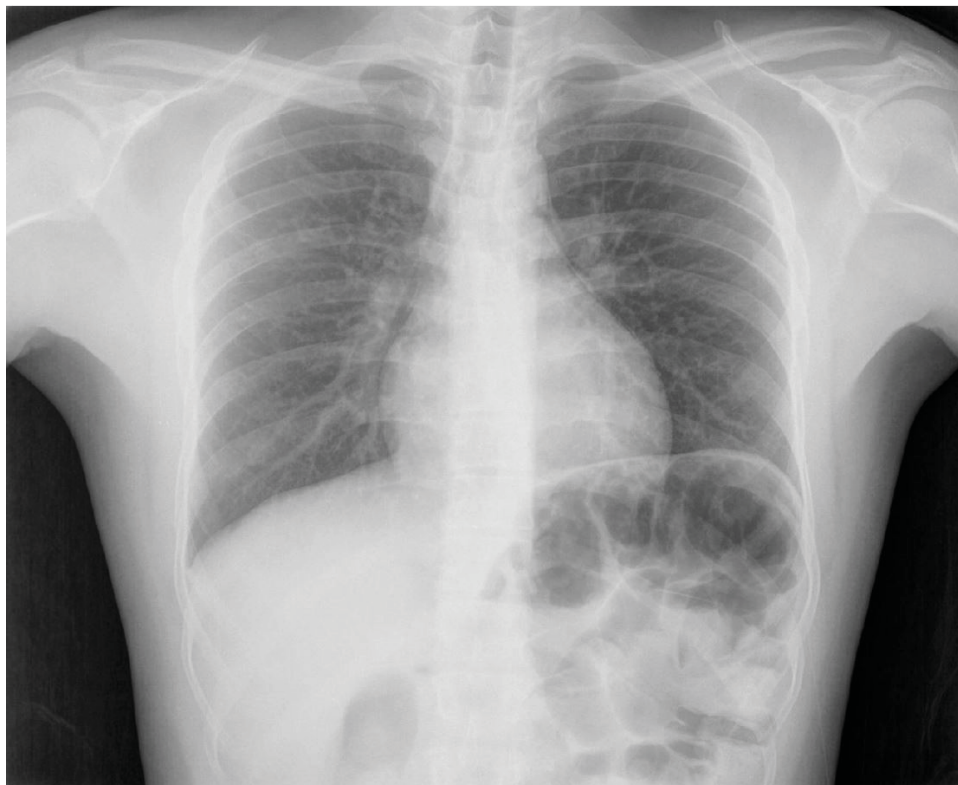


Fig. 1a. Radiografía de tórax en proyección antero-posterior (AP) en la que se evidencia densidad "aire" alrededor de silueta cardíaca que sugiere la presencia de neumomediastino.

Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma mostrando ritmo sinusal a 75 lpm, PR corto; QRS estrecho y sin alteraciones en el segmento ST.

- Analítica sanguínea: PCR 2,01 mg/dL; Troponina I ultrasensible 2,5 pg/mL Glucosa 121 mg/dL; Urea 27 mg/dL; Creatinina 0,61 mg/dL; Sodio 137 meq/L; Cloro 98 meq/L; Potasio 4,1 meq/L. Leucocitos 8,200/mm<sup>3</sup> (67,4% Neutrófilos, 22,3% Linfocitos); Hemoglobina 15,2 g/dL; Hematocrito 41%; Plaquetas 254/mm<sup>3</sup>;

- Radiografía de tórax: Imagen sugestiva de neumomediastino, sin evidenciar cámara de neumotórax. Sin hallazgos en parénquima pulmonar (Fig. 1a).

Ante este hallazgo, se decide ampliar el estudio con una TAC de tórax objetivando moderado neumomediastino difuso con pequeña extensión peribroncovascular bilateral sin presentar otros hallazgos relacionados. No se objetiva neumoperitoneo, gas ectópico en otros planos, ni colecciones pleurales ni pericárdicas. No presenta enfisema subcutáneo ni desviación traqueal (Fig. 1b).

Debido a la ausencia de causa desencadenante, descartando antecedente traumático y/o quirúrgico, se interpreta como neumomediastino espontáneo también denominado Síndrome de Hamman.

Se contacta con el servicio de Neumología y Cirugía Torácica para su valoración. Dada la estabilidad del paciente, sin criterios de gravedad y sin indicación de drenaje endotorácico urgente, se trata inicialmente con analgesia y oxigenoterapia, derivando al paciente a observación domiciliar posterior con seguimiento ambulatorio. No se objetivaron incidencias ni complicaciones durante la evolución.

### DISCUSIÓN

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuente en el servicio de urgencias<sup>14</sup>. Su diagnóstico diferencial es amplio y engloba un abanico de patologías muy diversas y con diferentes niveles de gravedad.

Entre los pacientes jóvenes, en un 15-31% de los casos, el dolor torácico se relaciona con una causa musculoesquelética, como costocondritis o traumatismos<sup>15</sup>; si bien es cierto que las entidades nosológicas objetivadas son muy diversas.

## Notas Clínicas

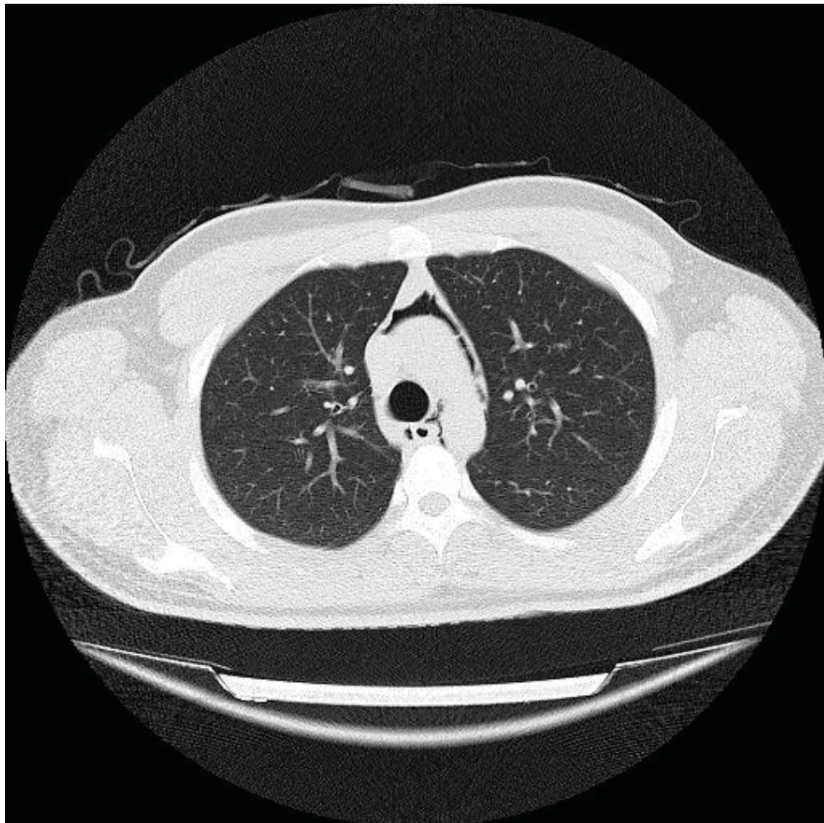


Fig. 1b. Corte transversal de tomografía axial computerizada (TAC) torácico sin contraste, en el que se evidencia densidad “aire” en cavidad mediastínica anterior y en menor medida en región peribronvascular.

El presente caso muestra un ejemplo de dolor torácico en paciente joven de características atípicas y potencialmente grave, con posibles secuelas o complicaciones a considerar.

Unas adecuadas anamnesis y exploración física orientadas hacia un diagnóstico diferencial amplio y preestablecido, son fundamentales para orientar a los pacientes con una sintomatología variada e inespecífica.

La protocolización del dolor torácico en el paciente joven en los servicios de urgencias, permite un adecuado diagnóstico de patología infrecuente como el caso descrito.

# Notas Clínicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly S, Hughes S, Nixon S, et al. Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's syndrome). *The Surgeon*. 2010;8:63-6.
2. Dionísio P, Martins L, Moreira S, Manique A, Macedo R, Caeiro F, et al. Spontaneous pneumomediastinum: experience in 18 patients during the last 12 years. *J Bras Pneumol*. 2017;43(2):101-105
3. Kadam, N. D., Almeida, J., Singh, M., & Kamath, S. (2019). Hamman's syndrome – a rare entity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1–2.
4. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hospital* 1939; 64:1-21.
5. Rosinhas JFAM, Soares SMCB, Pereira ABM. Hamman's syndrome. *J Bras Pneumol*. 2018 Sep-Oct;44(5):433. doi: 10.1590/S1806-37562018000000180.
6. Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *European journal of cardio- thoracic surgery* 2007;31:1110-4.
7. 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.
8. Zhang Q, Raza A, Chan V, Minalyan A, Madara J. Hamman-Rich Syndrome: A Diagnosis of Exclusion in the COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2020 Aug 19;12(8):e9866. doi: 10.7759/cureus.9866.
9. Rosinhas JFAM, Soares SMCB, Pereira ABM. Hamman's syndrome. *J Bras Pneumol*. 2018 Sep-Oct;44(5):433. doi: 10.1590/S1806-37562018000000180.
10. Fatureto MC, Santos JPV, Goulart PEN, et al. Pneumomediastino espontâneo: asma. *Rev Port Pneumol*. 2008;14:437-41.
11. Álvarez Z Carlos, Jadue T Andrés , Rojas R Francisco , Cerda C César , Ramírez V Miguel, Cornejo S Carlos. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): Una enfermedad benigna mal diagnosticada. *Rev. méd. Chile [Internet]*. 2009 Ago [citado 2021 Mar 23] ; 137( 8 ): 1045-1050.
12. Macias Robles M. ã D, García Peliz M, González Franco A, Maniega Cañibano M, García Bear I, García Fernández M. ã T. Neumomediastino espontáneo en urgencias. *Emergencias* 1999; 11: 438-441.
13. OshovskyyV, Poliakova Y A rare case of spontaneous pneumothorax, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in the II stage of labour *Int J Surg Case Rep*. 2020; 70: 130–132. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.04.011.
14. DeLaney M.; Neth M.; Thomas J. Chest pain triage: Current trends in the emergency departments in the United States. *J Nucl Cardiol*. 2017 Dec;24(6):2004-2011. doi: 10.1007/s12350-016-0578-0
15. Morcillo K.; Vallejo E. Síndrome de Hamman: presentación de dolor torácico en un adolescente. *Rev Colomb Cardiol*. 2015;22(1):62-65. doi:10.1016/j.rccar.2014.12.002



» Seguro de  
Responsabilidad  
Civil Profesional

# Protección

No es solo una palabra.  
Es el apoyo que te da un seguro con cobertura digital, que protegerá tu reputación profesional frente a comentarios o ataques en internet.



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora

**A.M.A. TERUEL**  
Joaquín Arnau, 2; 1º  
Tel. 978 61 72 10  
teruel@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS  
PROFESIONALES SANITARIOS**

913 43 47 00 / 978 61 72 10

Síguenos en      y en nuestra APP 

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

