

¡Que no se te escape! Síndrome de Hamman, el gran infradiagnosticado

Blanca Prieto García¹, Juan Carlos Díez
Hernández², Sonia Yáñez Castaño³, Cristina
González Donadeo⁴, Andrea Verdu Seguí⁵,
Antonio Ignacio Sagredo Barra⁶

¹⁻⁶Hospital Universitario de Salamanca,
Salamanca.

Objetivo docente:

Dar a conocer esta patología y ayudar al radiólogo a reconocer los hallazgos radiológicos más característicos del neumomediastino espontáneo, importantes a la hora de establecer el diagnóstico, así como las entidades con las que puede ser confundido.

Revisión del tema:

El neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman se define como la presencia de aire libre en el mediastino sin que existan factores desencadenantes aparentes. Es una entidad poco frecuente, pero con evolución favorable y buen pronóstico en la mayor parte de los casos. Afecta más habitualmente a adultos jóvenes, con una mayor incidencia en el sexo masculino.

Generalmente, la forma más frecuente de presentación suele ser un cuadro agudo de dolor torácico y/o disnea. Sin embargo, se trata de una entidad infradiagnosticada puesto que, en numerosas ocasiones, el cuadro clínico pasa desapercibido al ser los síntomas leves e inespecíficos.

Es por ello que las pruebas de imagen desempeñan un papel importante en el diagnóstico de esta entidad.

Revisión del tema:

Varón de 18 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude al servicio de Urgencias por odinofagia de 12 horas de evolución. Refiere que el dolor se acentúa al tragar tanto líquidos como alimentos sólidos. Así mismo, comenta sensación de “pinchazos” en la zona del cuello al hacer deposición.

Niega tos, expectoración o mucosidad los días previos.

No dolor torácico en reposo ni con los movimientos respiratorios.

Niega ingesta de pescado o alimentos con huesos pequeños en las últimas horas.

Revisión del tema:

A la exploración física se objetivan amígdalas de tamaño normal, no eritematosas, sin exudado, así como dolor a la palpación de los anillos traqueales. No eritema a nivel cutáneo ni aumento de volumen de la glándula tiroidea.

Ante la sospecha de una posible mediastinitis, se decide solicitar radiografías simples de columna cervical y de tórax.



(Figura 1) Radiografía simple de columna cervical (AP y lateral).

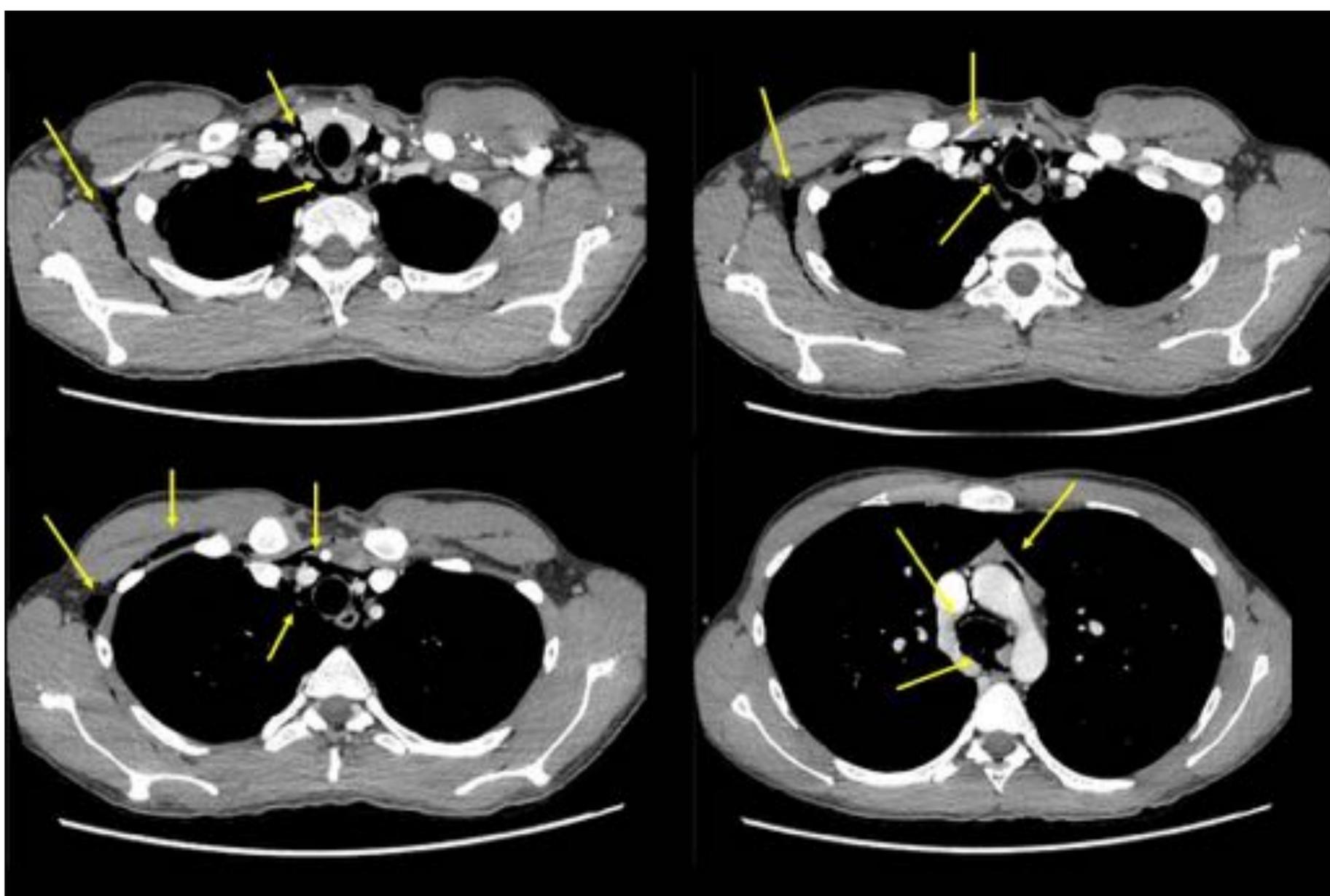
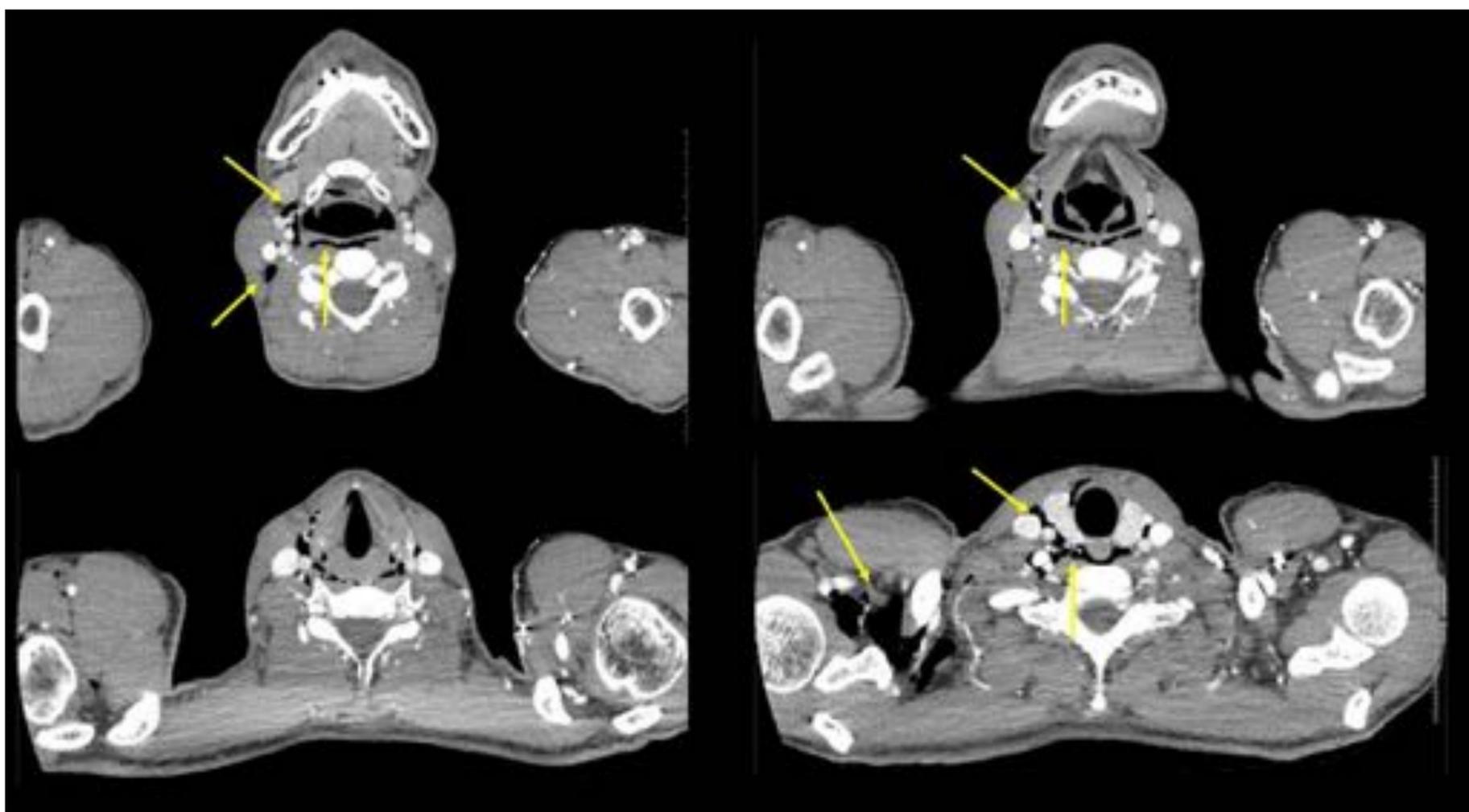
Se visualizan varias líneas radiolúcidas (flechas) de localización predominantemente prevertebral (anterior a los cuerpos vertebrales cervicales) así como adyacente a la silueta traqueal.



(Figura 2) Radiografía simple de tórax (PA y lateral). Signos de neumomediastino, mínimo neumotórax apical derecho y enfisema subcutáneo de predominio en región axilar derecha.

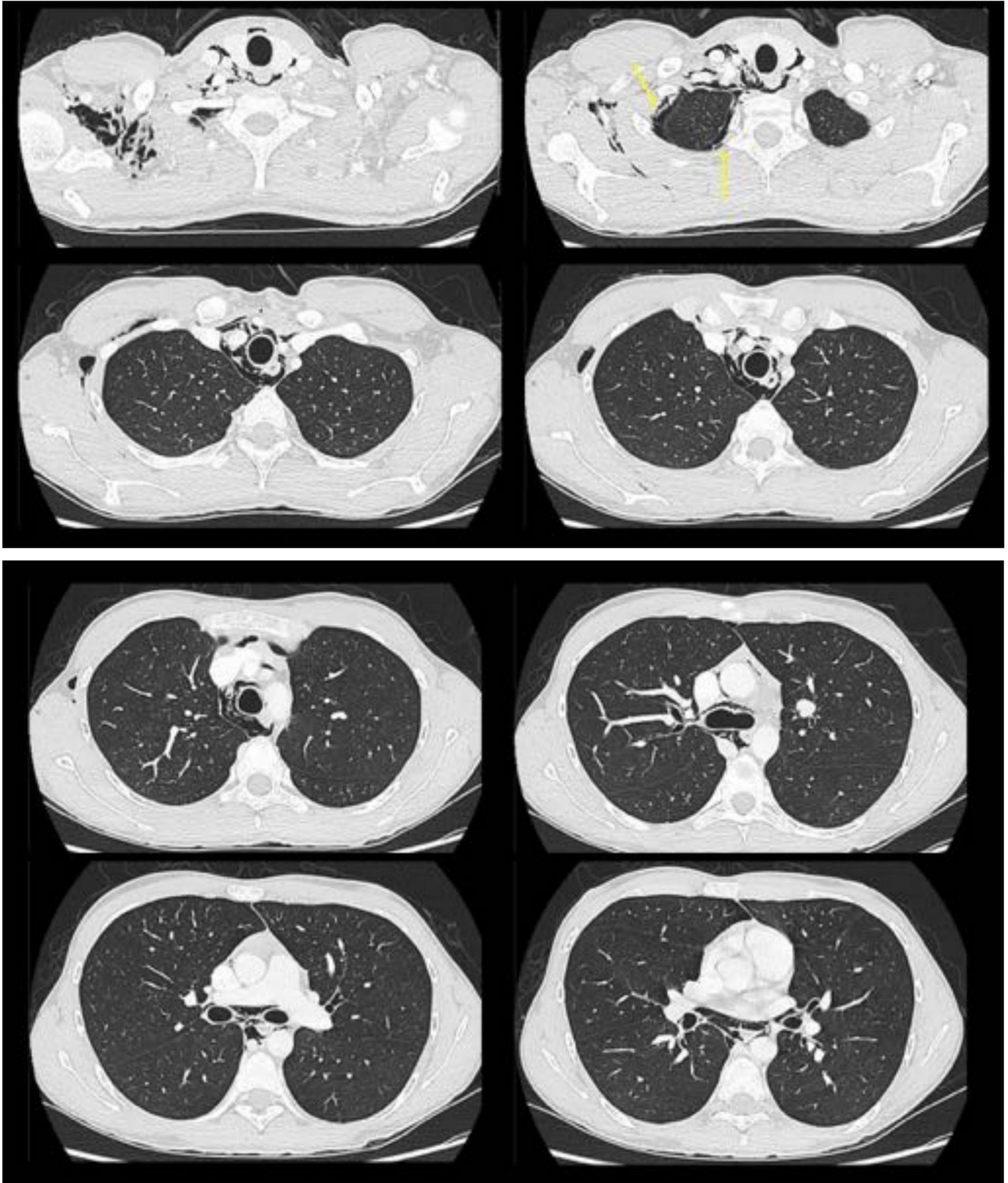
Revisión del tema:

Ante los hallazgos contemplados en las radiografías simples de columna cervical y de tórax, se decide ampliar con estudio de tomografía computarizada (TC) torácica para valorar la extensión del neumomediastino.



(Figuras 3 y 4) TC cervicotorácico sin CIV, ventana de partes blandas. Se aprecia neumomediastino con extensión hacia región cervical, con disección de planos musculares (flechas).

Enfisema subcutáneo en hemitórax derecho, más llamativo a nivel de región axilar derecha.



(Figuras 5 y 6) TC cervicotorácico sin CIV, ventana de pulmón. Se aprecia neumomediastino con extensión hacia región cervical (con disección de planos musculares).

Enfisema subcutáneo en hemitórax derecho, más llamativo a nivel de región axilar derecha.

Mínimo neumotórax laminar apical derecho (flechas).

Revisión del tema:

Varón de 25 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de tabaco y marihuana y con antecedentes de neumomediastino espontáneo 2 años atrás. Acude al servicio de Urgencias por dolor en hemitórax derecho de inicio súbito posterior a acceso de tos, no irradiado, de aproximadamente dos horas de evolución, que aumenta con los movimientos respiratorios.

Niega cualquier clínica infecciosa en los días previos.

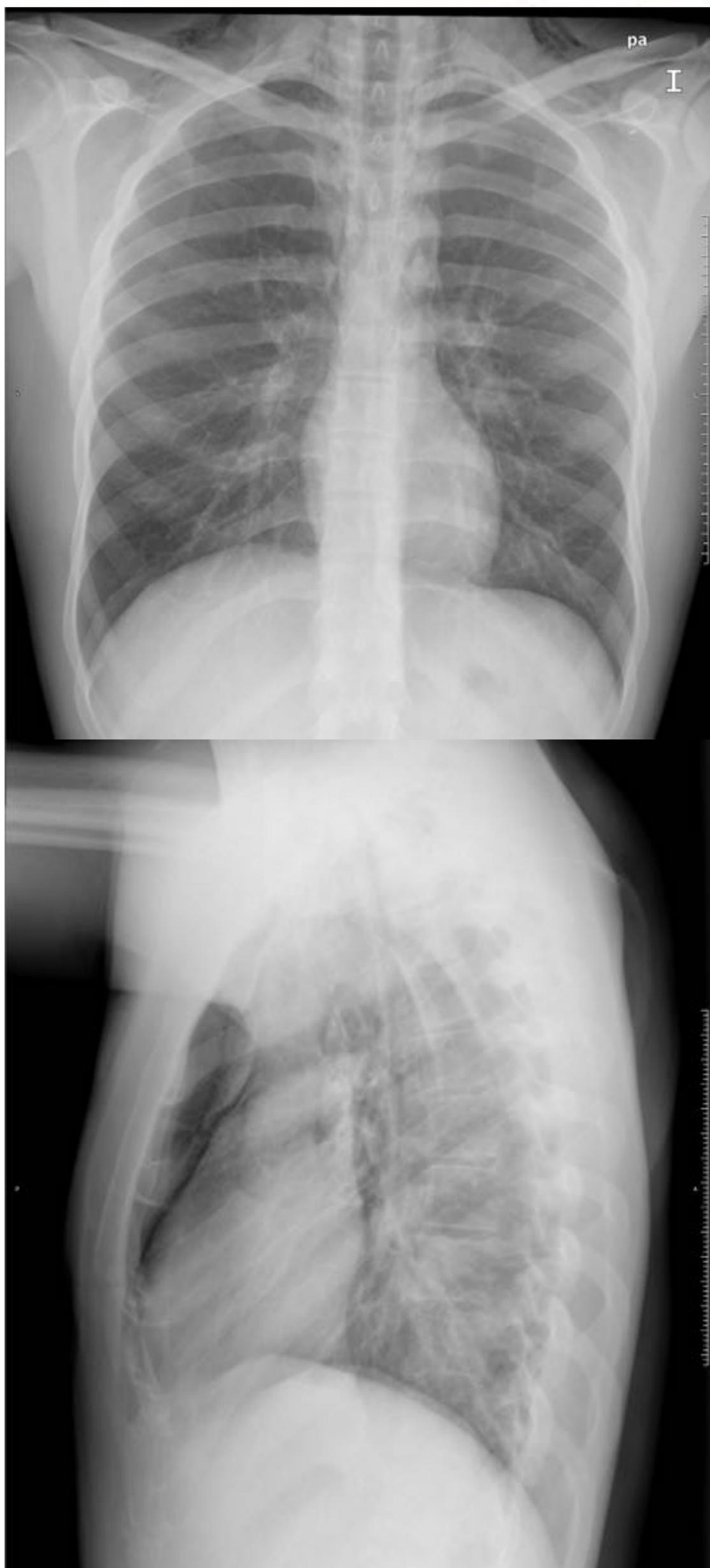
Niega ingesta de pescado o alimentos con huesos pequeños en las últimas horas.

Revisión del tema:

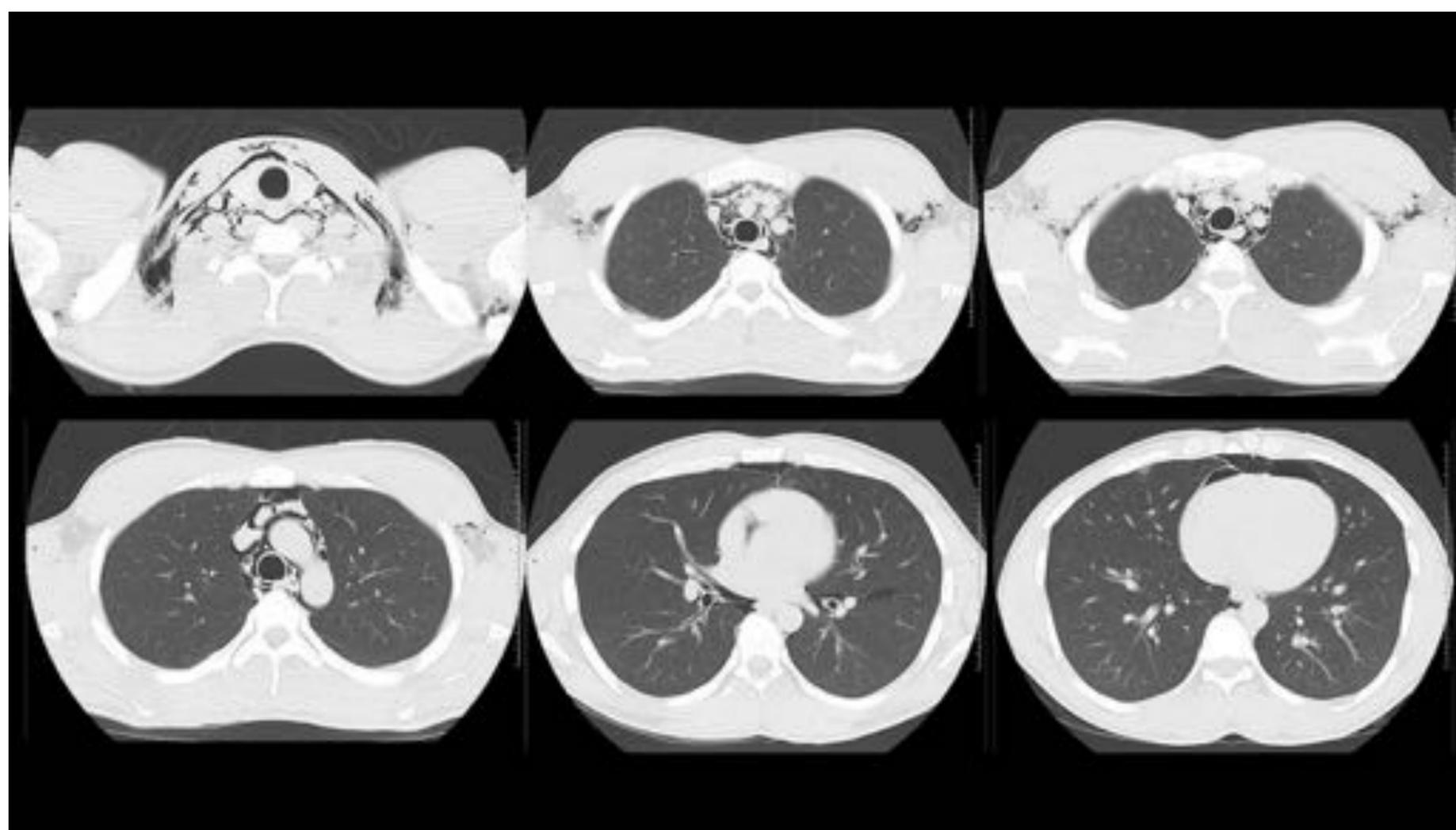
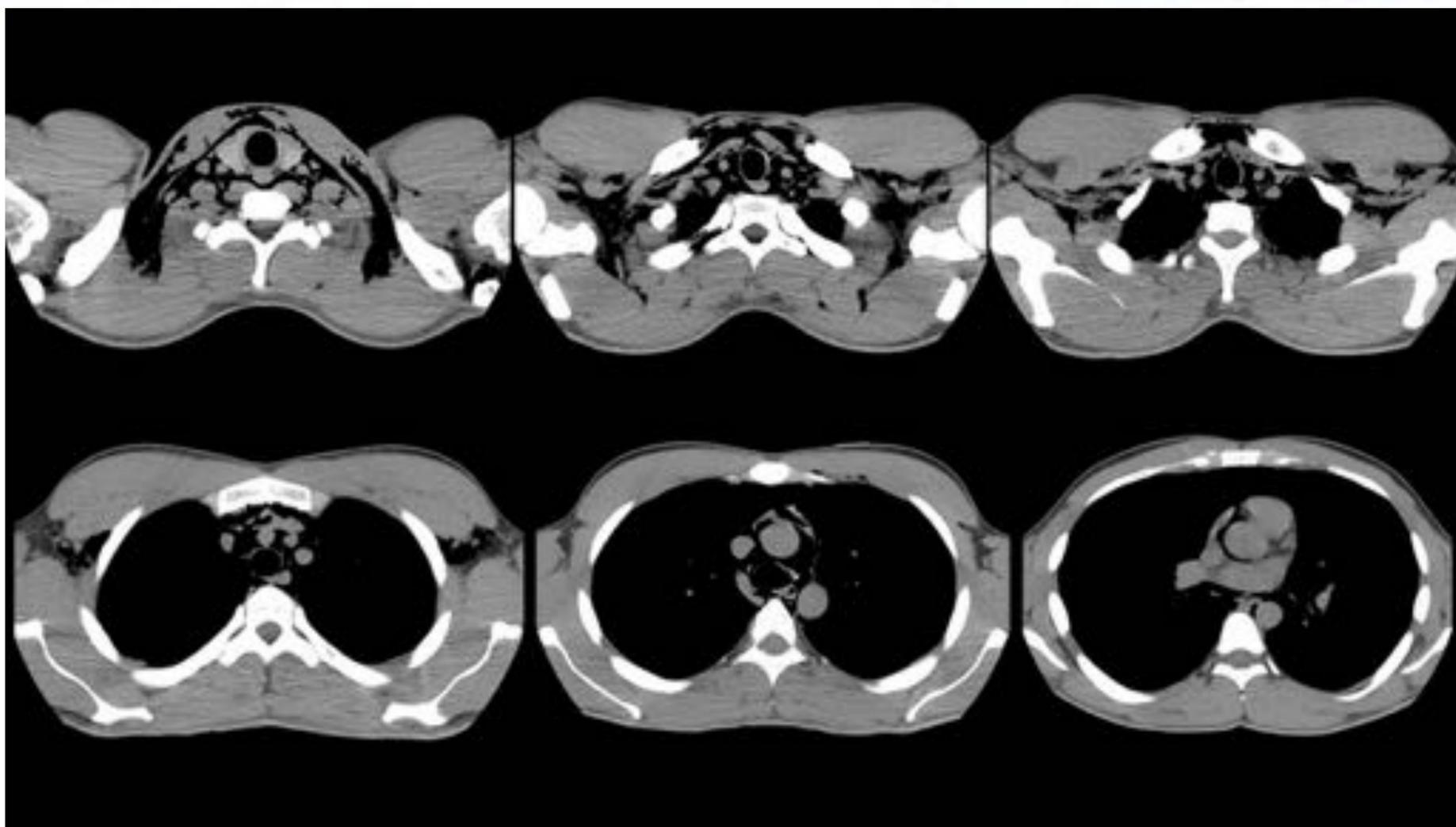
A la exploración física se objetiva crepitación subcutánea cervical derecha, dolorosa a la palpación.

La auscultación cardiopulmonar es normal.

Se decide realizar una radiografía simple de tórax con proyecciones posteroanterior y lateral. Ante los hallazgos de la misma y con la sospecha clínica de un nuevo episodio de neumomediastino espontáneo, se solicita un TC torácico urgente para valorar la extensión del mismo.



(Figura 7) Radiografía simple de tórax (PA y lateral). Signos de neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical bilateral.



(Figuras 8 y 9) TC cervicotorácico sin CIV, ventanas de partes blandas y pulmón.

Importante cantidad de aire a nivel mediastínico con extensión desde región retrotiroidea hasta tercio distal de esófago condicionando amplia disección de los planos tisulares circundantes. Se identifica amplia comunicación del aire localizado a nivel retroesternal con las hojas pericárdicas, condicionando la existencia de neumopericardio.

Mínimo neumotórax paravertebral derecho y marcado enfisema subcutáneo disecando planos musculares.

Revisión del tema:

El neumomediastino o enfisema mediastínico se define como la presencia de aire a nivel del mediastino, pudiendo ser clasificado en primario o idiopático (cuando no existe una causa que lo justifique) y secundario (el más frecuente, producido por múltiples causas – traumatismos torácicos, cirugía cardiotorácica previa, procedimientos endoscópicos, intubación orotraqueal, barotrauma...).



(Figura 10) Clasificación de los diferentes tipos de neumomediastino o enfisema mediastínico.

Revisión del tema:

ETIOLOGÍA	EJEMPLOS
Iatrogénica	Intubación orotraqueal Ventilación Cirugía torácica o cervical Broncoscopia
Traumática	Traumatismos toracoabdominales Fracturas faciales Maniobra de Heimlich
Alteración bronquial	Rotura del árbol bronquial Neumotórax Síndrome de distrés respiratorio Enfermedad de la membrana hialina
Valsalva	Tos Vómitos Actividad física intensa Parto Tocar instrumentos de viento
Drogas inhaladas	Tabaco Marihuana Anfetaminas
Miscelánea	Cuerpos extraños Cetoacidosis diabética

(Figura 11) Causas etiológicas más frecuentes de neumomediastino.

Revisión del tema:

La fisiopatología del síndrome se justifica por la existencia de un aumento de la presión intratorácica que desemboca en la rotura de algunos alveolos, produciéndose diseminación del aire del espacio intersticial hacia el mediastino (efecto Macklin), diseccionando los tejidos.

El neumomediastino idiopático o espontáneo, también denominado síndrome de Hamman, es una rara entidad definida por la presencia de aire en el mediastino sin una causa (traumática, quirúrgica o iatrogénica) que justifique la existencia del neumomediastino.

La incidencia de este síndrome es aproximadamente de 1/25.000, afectando con mayor frecuencia al sexo masculino (4:1) y presentándose habitualmente en pacientes jóvenes (entre los 5-35 años), si bien también ha sido descrito con cierta frecuencia en mujeres embarazadas.

Revisión del tema:

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor torácico (de localización retroesternal), la disnea y el enfisema subcutáneo, si bien pueden aparecer otros síntomas como el dolor cervical, edema, disfagia, fiebre o ronquera.

Además del enfisema subcutáneo, en algunos pacientes se detecta el signo o crujido de Hamman consistente en crepitaciones precordiales, sincrónicas con el ciclo cardíaco que se intensifican con la sístole y la inspiración, producidas por el choque del latido cardíaco contra los tejidos que contienen aire. El signo de Hamman solamente aparece en el 20% de los casos y suele auscultarse mejor con el paciente tumbado en decúbito lateral izquierdo.

Revisión del tema:

El diagnóstico del neumomediastino espontáneo puede llevarse a cabo mediante pruebas de imagen como la radiografía simple de tórax y de región cervical que revelarán la existencia de aire en el mediastino, visualizándose bandas radiolúcidas en torno al corazón y los grandes vasos, así como enfisema subcutáneo en cuello y, en algunas ocasiones, neumotórax asociado.

El estudio de TC cervicotorácico se reserva para aquellos casos dudosos en los que la sospecha es alta, pudiendo existir mínimo neumomediastino no valorable en la radiografía simple, y para situar anatómicamente la localización del aire en el mediastino.

Revisión del tema:

Generalmente, el neumomediastino espontáneo presenta un curso benigno, resolviéndose de forma espontánea en el plazo de unos días. Sin embargo, es importante recordar que con elevada frecuencia es infradiagnosticado debido a que la presentación clínica es similar a la de otras patologías respiratorias. Por ello la incidencia podría ser mayor de lo descrito en la literatura, puesto que algunos pacientes son diagnosticados erróneamente de ansiedad o dolor de tipo muscular.

Revisión del tema:

El tratamiento es conservador, combinando analgesia y oxigenoterapia (que favorece la rápida absorción del aire libre al aumentar la presión de difusión del nitrógeno en el intersticio), y aconsejándose ingreso del paciente para observación y monitorización cardiorrespiratoria.

Si se sospecha mediastinitis, se deberá instaurar tratamiento antibiótico intravenoso de forma urgente.

En los casos en los que el cuadro se asocie a neumotórax puede ser necesaria la colocación de un tubo de drenaje torácico o de toracotomía.

Suele ser necesario realizar un seguimiento de los pacientes una vez resuelto el cuadro agudo. La recurrencia del síndrome es poco frecuente, pero en caso de que aparezca suele responder a tratamiento conservador, no siendo necesario adoptar otras medidas.

Conclusiones:

El neumomediastino espontáneo es una entidad a tener presente en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes jóvenes que debutan de forma aguda con cuadro clínico de dolor torácico y/o disnea sin que exista una clara etiología responsable. Por lo general, se requiere un tratamiento conservador con observación y seguimiento, aunque en ocasiones pueden surgir complicaciones graves que requieran una intervención urgente, o incluso produzcan la muerte del paciente.