



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/848 - SÍNDROME DE HAMMAM: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.F. Castilla Suyo<sup>a</sup>, T. Campillos Páez<sup>b</sup>, Y. Santamaría Calvo<sup>b</sup>, I. Fernández Marín<sup>c</sup>, A. García Marín<sup>c</sup>, L. Castro Arias<sup>c</sup>, Ll. Llopar Núñez<sup>d</sup>, B. Navarro Ocaña<sup>d</sup>, M. Jiménez Carrillo<sup>d</sup> y L. Lafuente Alonso<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid. <sup>c</sup>Médico Adjunto Urgencias. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años con alergia al polen que acude al centro de salud por tos exigente y disnea desde las 7pm del día anterior, por lo que se deriva a urgencias, posteriormente se agrega sensación de pesadez en el cuello y dolor torácico 2 horas antes de su admisión. Negando otras molestias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: TA 150/70, FC 103 lpm, 97%. Consciente, orientado, bien hidratado y per fundido, normo coloreado, eupneico en reposo. CyC: FA hiperémica sin exudados, no edema de úvula. Dolor a la palpación cervical bilateral con crepitación a la digito presión. AC: rítmico, no soplos, signo de Hamman (crepitación coincidente con el latido cardiaco). AP: mv disminuidos en ambas bases a predominio en 1/3 inferior de HTD. ABD: blando, depresible, no doloroso MMII: no edemas, no tvp. Resumen de pruebas complementarias. Laboratorio: hemoglobina 15,2 g/dl, hematocrito 46%, plaquetas 340 × 1.000/μl, leucocitos 16,9 × 1.000/μl, glucosa 120 mg/dl, creatinina 92 mg/dl, ALT (GPT) 22 U/l, AST (GOT) 22 U/l, Gamma-GT 21 U/l, fosfatasa alcalina 68 U/l, LDH 226 U/l, bilirrubina 66 mg/dl, amilasa 51 U/l, proteína C reactiva 44 mg/d, actividad de protrombina 84%. Rx tórax: ICT normal, imagen radiolúcida que aparente doble contorno de la silueta cardiaca, dudosa imagen radiolúcida en hemidiafragma derecho. además del signo de diafragma continuo. TAC tórax: enfisema subcutáneo que diseca los planos musculares de la región cervical anterior y posterolateral derecha. Extenso neumomediastino, que compromete a los compartimentos anteriores medios y posteriores. Integridad de la vía aérea y digestiva. No signos de neumotórax. No derrame pleural ni pericárdico. En el parénquima pulmonar no se identifican alteraciones significativas. Cortes abdominales incluidos sin hallazgos patológicos. En 8s arco costal derecho se identifica de lesión lítica de características benignas con bordes esclerosos que no afecta la cortical.

**Juicio clínico:** Síndrome de Hamman.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras causas de dolor torácico, en especial con aquellas que presenten enfisema subcutáneo asociado, como la perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave) y el neumotórax espontáneo. Ambas entidades

potencialmente de mucha mayor gravedad y de eventual resolución quirúrgica.

**Comentario final:** El NME es una enfermedad de evolución generalmente benigna y auto limitado y que suele no diagnosticarse acertadamente cuando se presenta. La recidiva reportada es poco frecuente. Los médicos de familia pueden verse involucrados en el diagnóstico y posterior referencia al especialista, con el fin de excluir en forma cierta una condición grave que pudiese comprometer la vida y requiriera un tratamiento urgente, como el neumomediastino secundario a rotura traqueo bronquial o perforación esofágica, la mediastinitis o el neumotórax.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Choo MJ, Shin SO. A case of spontaneous cervical and mediastinal emphysema. *J Korean Med Sci.* 1998;223-6.
2. de la Fuente Canibano R, Jánez Moral M. Emfisema cervical y neumomediastino espontáneos: asociación infrecuente. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2012;63(3):244-5.
3. Al-Mufarrej F, Badar J, Gharagozloo F. Spontaneous pneumomediastinum: diagnostic and therapeutic interventions. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2008;3:59.
4. Campillo-Soto A, Coll-Salinas A, Soria-Aledo V. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol.* 2005;41(9):528-31.
5. Iyer VN, Joshi AY. Spontaneous Pneumomediastinum: Analysis of 62 Consecutive Adult Patients. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(5):417-21.
6. Tezel Ç, Varer P, Baysungur V. Spontaneous pneumomediastinum: report of two cases. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery.* 2011;17(4):368-70.
7. Álvarez C, Jadue A, Rojas F. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): Una enfermedad benigna mal diagnosticada. *Rev Méd Chile.* 2009;137:1045-50.
8. Takada K, Matsumoto S, Hiramatsu T. Management of spontaneous pneumomediastinum based on clinical experience of 25 cases. *Respiratory Medicine.* 2008;102:1329e1334.
9. Cáceres M, Ali SZ, Braud R. Spontaneous Pneumomediastinum: A Comparative Study and Review of the Literature. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:962-6.
10. Murad AA. Spontaneous pneumomediastinum. *BMJ Case Reports.* 2011;doi:10.1136/bcr.12.2010.3655
11. Beydilli H, Çullu N, Kalemci S. A case of primary spontaneous pneumothorax, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema following cough. *Tuberk Toraks.* 2013;61(2):164-5.
12. Freixinet J, García F, Rodríguez PM. Spontaneous pneumomediastinum long-term follow-up. *Respiratory Medicine.* 2005;99:1160-3.
13. Monteiro Andrade Semedo FH, Santos Silva R. Spontaneous pneumomediastinum: case report. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(3):355-7.
14. Wong KCK. Cervical subcutaneous emphysema and pneumomediastinum after sneezing. *Hong Kong Med J.* 2013;19(2).

15. Chung S. Spontaneous pneumomediastinum. Australian Family Physician. 2009;38(6).