

CASO CLÍNICO

<https://doi.org/10.31837/cir.urug/9.1.18>
https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/index
revista@scu.org.uy



**Neumomediastino espontáneo en el adulto joven "Síndrome de
Hamman's": Reporte de caso**

**Spontaneous pneumomediastinum in the young adult "Hamman's
syndrome": Case report**

**Pneumomediastino espontâneo em adulto jovem "Síndrome de
Hamman's": Relato de caso**

Juan Santiago Serna-Trejos
juansantiagosernatrejos@gmail.com

0000-0002-3140-8995

Médico, Residente de Medicina Interna, Magister en Epidemiología,
Doctorando en Salud Pública, Universidad ICESI, Cali, Colombia.

Carlos Felipe Rivera-Villegas
carlocxfvl1192@gmail.com

0009-0000-5880-5766

Médico, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Carlos Andrés Castro-Galvis
carldemics@gmail.com

0000-0002-8314-4506

Médico, Urgenciólogo, Fellow Ultrasonografía, Pontificia
Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Vanessa Márquez-Flórez
Valcaomed009@gmail.com

0009-0000-9559-6975

Médico, Universidad Libre, Cali, Colombia.

Stefanya Geraldine Bermudez-Moyano
stefbm12992@gmail.com

0000-0002-2259-6517

Médico, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

Recibido: 10/04/2025

Aceptado: 15/09/2025

Resumen

El síndrome de Hamman constituye una entidad poco común, de evolución generalmente benigna, caracterizada por la presencia de neumomediastino espontáneo sin causa aparente. Aunque su pronóstico suele ser favorable, el diagnóstico debe sustentarse en la exclusión de causas secundarias potencialmente graves, como traumatismos, lesiones traqueobronquiales o esofágicas, que requieren un abordaje distinto y pueden comprometer la vida del paciente. Se presenta el caso de un varón de 20 años, previamente sano, que consultó por cervicalgia de inicio súbito sin antecedentes clínicos de relevancia. El estudio radiológico evidenció neumomediastino, sin hallazgos que sugirieran etiología secundaria.

Ante la confirmación del carácter espontáneo, se instauró manejo conservador basado en reposo, analgesia y vigilancia clínica estrecha, con evolución satisfactoria y resolución completa del cuadro. Este caso ilustra la importancia de un abordaje diagnóstico integral que combine la valoración clínica, estudios de imagen y seguimiento, evitando procedimientos invasivos innecesarios y reforzando el papel del tratamiento no invasivo en pacientes con neumomediastino espontáneo confirmado.

Palabras clave: Enfisema mediastínico; Neumomediastino, diagnóstico; Síndrome de Hamman's.

Abstract

Hamman syndrome is a rare condition, generally benign in nature, characterized by the presence of spontaneous pneumomediastinum without apparent cause. Although its prognosis is usually favorable, diagnosis must be based on the exclusion of potentially serious secondary causes, such as trauma, tracheobronchial or esophageal injuries, which require a different approach and may be life-threatening. We present the case of a previously healthy 20-year-old male who consulted for sudden-onset neck pain with no relevant clinical history. Radiological examination revealed pneumomediastinum, with no findings suggesting a secondary etiology. Given the confirmation of its spontaneous nature, conservative management based on rest, analgesia, and close clinical monitoring was instituted, with satisfactory progress and complete resolution of the condition. This case illustrates the importance of a comprehensive diagnostic approach that combines clinical assessment, imaging studies, and follow-up, avoiding unnecessary invasive procedures and reinforcing the role of noninvasive treatment in patients with confirmed spontaneous pneumomediastinum.

Keywords: Mediastinal Emphysema; Pneumomediastinum, diagnosis; Hamman's syndrome.

Resumo

A síndrome de Hamman é uma entidade pouco comum, geralmente de evolução benigna, caracterizada pela presença de pneumomediastino espontâneo sem causa aparente. Embora o seu prognóstico seja geralmente favorável, o diagnóstico deve basear-se na exclusão de causas secundárias potencialmente graves, como traumatismos, lesões traqueobronquiais ou esofágicas, que requerem uma abordagem diferente e podem comprometer a vida do paciente.

Apresenta-se o caso de um homem de 20 anos, previamente saudável, que consultou por dor cervical de início súbito, sem antecedentes clínicos relevantes. O estudo radiológico evidenciou pneumomediastino, sem achados que sugerissem etiologia secundária. Diante da confirmação do caráter espontâneo, foi instaurado um tratamento conservador baseado em repouso, analgesia e vigilância clínica estreita, com evolução satisfatória e resolução completa do quadro.

Este caso ilustra a importância de uma abordagem diagnóstica integral que combine avaliação clínica, exames de imagem e acompanhamento, evitando procedimentos invasivos desnecessários e reforçando o papel do tratamento não invasivo em pacientes com pneumomediastino espontâneo confirmado.

Palavras-chave: Enfisema mediastinal; Pneumomediastino, diagnóstico; Síndrome de Hamman.

Introducción

El síndrome de Hamman's fue descrito por primera vez en 1939 por Louis Hamman, donde la presencia de aire libre en mediastino y tejidos subcutáneos, con una variedad significativa de factores asociados que podrían generar cambios en la presión intratorácica que conducen a rupturas alveolares, que podrían estar asociados a cambios radiológicos compatibles con neumotorax. La epidemiología no está descrita con exactitud, sin embargo, se ha descrito una incidencia de 1 por cada 30.000 pacientes de servicios de urgencias.⁽¹⁾ Se presume que dicha afección involucra en gran mayoría en mujeres en edad reproductiva especialmente en períodos de postparto, hombres jóvenes, con poca predilección por pacientes pediátricos.^(2,3)

Presentación del caso

Se trata de un adulto joven de 20 años, sin antecedentes clínicos de importancia. Ingresa al servicio de urgencias consultando por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor de cuello que se irradia al tórax con sensación pleurítica, refiere que el cuadro clínico ignición posterior a la ingesta de una tableta de azitromicina con un líquido espeso. Además, refiere que con el uso del vapeador aumentó inicialmente la sintomatología y después le fue aliviando. Al examen físico ingresa con signos vitales dentro de parámetros normales se palpa enfisema subcutáneo en región supraclavicular derecha y en cuello anterior derecho, por lo que se realiza radiografía de tórax, la cual se reporta dentro de parámetros normales. Paraclínicos de extensión con hemograma el cual revela leve leucocitosis y neutrofilia, sin anemia, función renal conservada. Se indica la toma de tomografía de cuello y tórax contrastada con el fin de descartar lesión de la vía aérea. (**Fig.1 y 2**) La tomografía describe enfisema subcutáneo que compromete base del cráneo, cuello derecho, región supraclavicular, paravertebral y axilar derecha que diseca planos musculares sin evidenciarse claramente origen de la lesión. Por otra parte, la tomografía contrastada de tórax muestra un neumomediastino extenso, probablemente espontáneo, sin garantizar que no hay una perforación esofágica asociada. Se valora paciente en conjunto con servicio de Emergenciología, Neumología y Cirugía de tórax, por lo que se indica traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), con la finalidad de vigilar vía aérea del paciente y realizar exámenes afines que complementen el cuadro clínico del paciente; se indica entonces realización de esofagograma (**Fig. 3**), endoscopia de vías digestivas altas y fibrobroncoscopia.

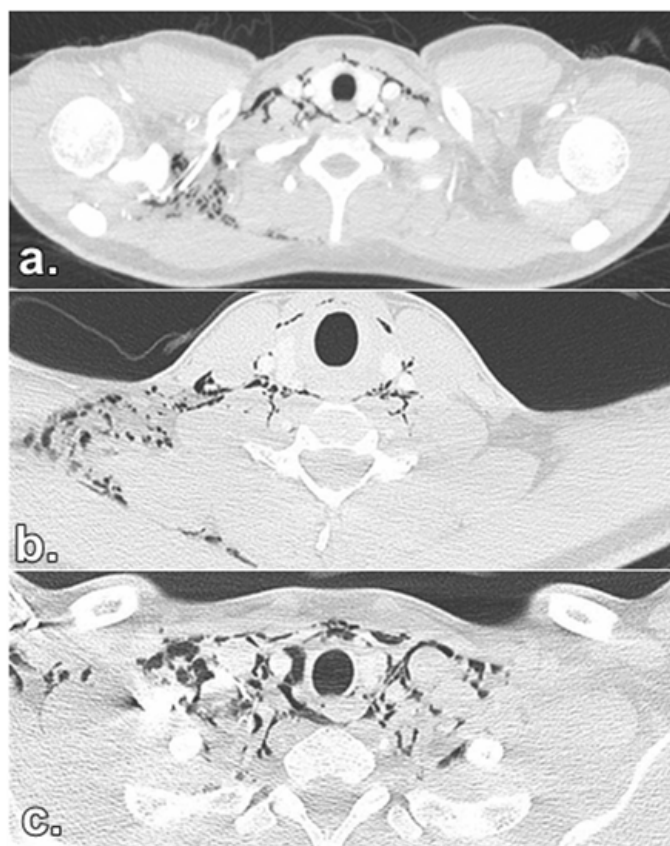


Fig.1: Tomografía de cuello contrastada del paciente. **a:** Tomografía de cuello contrastada ventana pulmonar corte axial: en la cual se evidencia enfisema subcutáneo abundante en cuello disecando planos musculares. **b:** se observa enfisema subcutáneo en fosas supraclaviculares y base del cuello. **c:** Se observa enfisema subcutáneo disecando tejidos musculares con región axilar derecha.

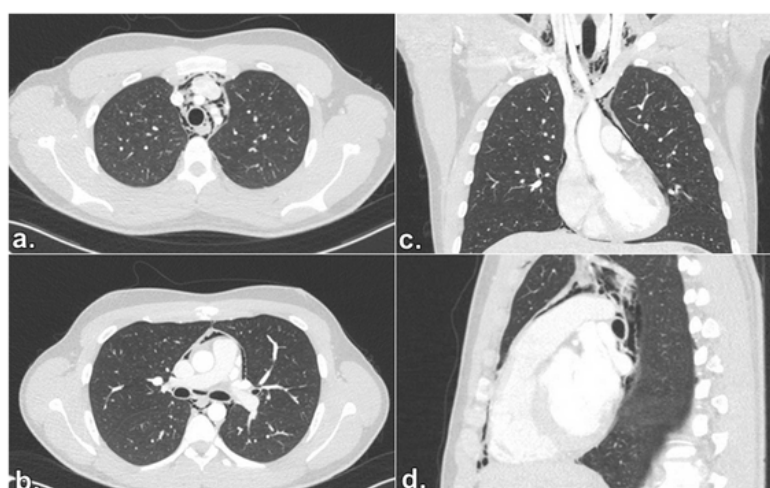


Fig. 2: Tomografía de tórax contrastada del paciente. **a,b:** Se observa neumomediastino que diseca estructuras de mediastino anterior medio y posterior. **c:** Se observa en corte coronal neumomediastino desde la región cervical que diseca parades cardiacas. **d:** neumomediastino extenso sin garantizar perforación esofágica.

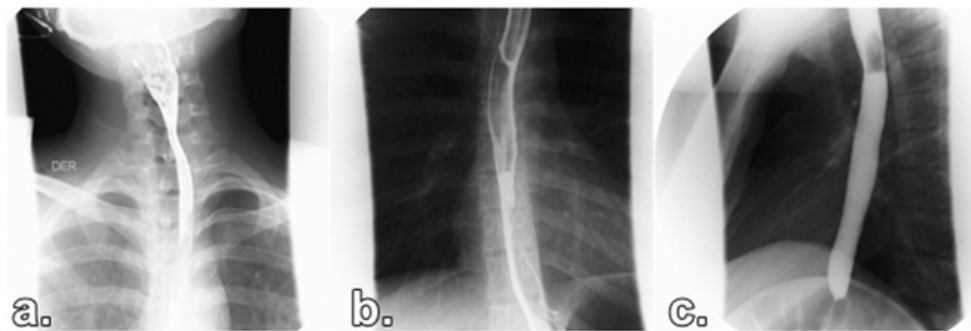


Fig.3: Esofagograma del paciente. **a.** Vista anterior de paso del medio de contraste, sin paso de contraste hacia la nasofaringe. **b:** vista anterior con adecuado paso de contraste a través del esófago. **c:** vista lateral con adecuado paso de contraste sin evidenciar perforación esofágica.

Durante su estancia en la UCI se le realizó esofagograma dentro de parámetros normales, sin evidencia de extravasación de contraste ni hallazgos sugestivos de ruptura esofágica. La endoscopia de vías digestivas altas no evidenció lesiones estructurales ni signos de perforación, y la fibrobroncoscopia mostró integridad de la mucosa traqueobronquial, sin hallazgos patológicos. Con estos resultados se confirmó el diagnóstico de síndrome de Hamman's. El paciente permaneció en UCI durante 48 horas para monitorización estrecha de la vía aérea y control de parámetros hemodinámicos y respiratorios, los cuales se mantuvieron dentro de la normalidad en todo momento. Fue posteriormente trasladado a hospitalización general, donde continuó manejo conservador con oxigenoterapia suplementaria, analgesia y reposo relativo. La evolución clínica fue progresivamente favorable, con disminución de la cervicalgia y del enfisema subcutáneo en los primeros 3 días, y resolución completa al quinto día de internación. Una tomografía de tórax y cuello de control, realizada en el día 5, evidenció disminución marcada del neumomediastino y casi resolución del enfisema subcutáneo, hallazgos que se correlacionaron con la mejoría sintomática. Completó un total de 6 días de hospitalización, siendo dado de alta asintomático, con radiografía de tórax de control sin evidencia de neumomediastino residual y con indicaciones para seguimiento ambulatorio.

Discusión

El neumomediastino podría ser catalogado como una entidad clínica de aparición abrupta, rara y/o poco usual en los diferentes servicios. Se define como la presencia de aire en dicha cavidad. Cuando la presencia de este aire es inocua y no tiene una etiología clara (trauma, infección, neoplasia, entre otras) se entra a denominar dicho espectro clínico como Síndrome de Hamman's.⁽⁴⁾

La presencia de este aire en mediastino puede generar un aumento de la presión intratorácica, que podría ser explicada mediante maniobras de Valsalva, lo cual conduciría a una ruptura alveolar que condicionaría una disección hacia el espacio intersticial y demás estructuras subyacentes, este fenómeno es conocido como el efecto Macklin.⁽⁵⁾

La aparición clínica de un neumomediastino siempre debería ser enfocado desde su etiología, la cual se clasifica de forma espontánea y secundaria, para fines prácticos, se define el neumomediastino espontáneo aquello que se presenta de forma súbita en pacientes sanos como en nuestro caso. Antecedentes clínicos para considerar en estos casos de neumomediastino son los relacionados a asma, EPOC, enfermedades del parénquima pulmonar, enfermedades del tejido conectivo, entre otras, los cuales predisponen la formación de uno. En el caso del neumomediastino secundario usualmente se encuentra asociado a traumatismo (contundente, penetrante), quirúrgico e iatrogénico.⁽⁶⁾

Los síntomas comúnmente asociados a la presencia de este síndrome pueden incluir dolor torácico, cervicalgia, disfagia, fiebre, vómito, disnea, entre otros. Es típico la caracterización del enfisema subcutáneo, el cual le confiere a la piel y al tejido subcutáneo una característica particular de un sonido “crocante” a la digitopresión de ésta. Otros síntomas más graves suelen acompañar este síndrome de la presencia de taquicardia, taquipnea y ansiedad.⁽⁶⁾

El abordaje diagnóstico que enfrenta el clínico que observa un neumomediastino espontáneo, debe estar orientado a imágenes básicas como la radiografía de tórax, la cual orientaría el diagnóstico ante los primeros esbozos de un neumotórax espontáneo y de esta forma definir la urgencialización de otros manejos sobre el paciente con neumotórax. Otra herramienta de gran valor se orienta al uso de la tomografía de tórax la cual puede informar y tipificar mejor el neumomediastino, el enfisema subcutáneo si es una tomografía extendida y permite caracterizar mejor y descartar un neumotórax asociado a esta condición. Las lesiones sobre vísceras huecas deben ser confirmadas o descartas por otras herramientas diagnósticas como esofagograma y endoscopías digestivas.^(7,8)

Al culminar el descarte de otras causas subsecuentes potencialmente asociadas a morbilidad intrahospitalaria a través de las herramientas diagnósticas previamente descritas, el manejo del paciente con síndrome de Hamman’s deberá

enfocarse a la optimización de la analgesia, oxígeno suplementario. En algunos casos el paciente puede sentir síntomas relacionados a ansiedad los cuales una buena explicación de la condición de la condición actual ayudaría plenamente a la resolución de este síntoma. El síndrome de Hamman's se presenta como una entidad clínica benigna y de buen pronóstico.⁽⁹⁾

Conclusiones

El síndrome de Hamman's es una entidad de una frecuencia inusual en los diferentes servicios de salud y está asociada a un buen pronóstico clínico si el paciente es optimizado desde el primer momento en su manejo sintomático. Causas aledañas al curso del neumomediastino deberán ser descartadas para conferirle este diagnóstico al paciente.

Bibliografía

- 1.Song IH, Lee SY, Lee SJ, Choi WS. Diagnosis and treatment of spontaneous pneumomediastinum: experience at a single institution for 10 years. *Gen Thorac Cardio vasc Surg*. 2017;65(5):280-284. doi: 10.1007/s11748-017-0755-3.
- 2.Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: Clinical and natural history. *Ann Emerg Med*. 1992;21(10):1222-7. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81750-0.
- 3.Oshovskyy V, 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.
- 4.Lazo M, Clavijo R, Zunino C. Síndrome de Hamman. A propósito de un caso. *Arch Pediatr Urug*. 2022;93(1):e304. doi:10.31134/AP.93.1.6
- 5.Newmarch W, Puopolo A, Weiler M, Casserly B. Hamman-Rich syndrome: A forgotten entity. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2017;87(1):60-4. doi:10.4081/monaldi.2017.799
- 6.Sahni S, Verma S, Grullon J, Esquire A, Patel P, Talwar A. Spontaneous pneumomediastinum: time for consensus. *N Am J Med Sci*. 2013;5(8):460-4. doi: 10.4103/1947-2714.117296.
- 7.Hogan F, McCullough C, Rahman A. Spontaneous pneumomediastinum: Na important differential in acute chestpain. *BMJ Case Rep*. 2014;2014:207692. doi:10.1136/bcr-2014-207692
- 8.Iyer VN, Joshi AY, Ryu JH. Spontaneous Pneumomediastinum: analysis of 62 consecutive adult Patients. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(5):417-21. doi: 10.1016/S0025-6196(11)60560-0.
- 9.Takada K, Matsumoto S, Hiramatsu T, Kojima E, Shizu M, Okachi S, et al. Spontaneous pneumomediastinum: An algorithm for diagnosis and management. *Ther Adv Respir Dis*. 2009;3(6):301-7. doi: 10.1177/1753465809350888.

Contribución de autores:

Conceptualización: Juan Santiago Serna-Trejos, Carlos Andrés Castro-Galvis

Curación de datos: Stefanya Geraldine Bermúdez-Moyano

Análisis formal: Carlos Felipe Rivera-Villegas

Investigación: Juan Santiago Serna-Trejos, Stefanya Geraldine Bermúdez-Moyano

Metodología: Carlos Andrés Castro-Galvis

Redacción - borrador original: Juan Santiago Serna-Trejos

Redacción - revisión y edición: Vanessa Márquez-Flórez, Carlos Felipe Rivera-Villegas

Supervisión: Juan Santiago Serna - Trejos, Carlos Andrés Castro-Galvis

Nota: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio

Nota de aspectos éticos: La publicación del caso se realizó con el permiso de la paciente para la difusión de los datos clínicos, paraclínicos e imagenológicos que deriven de su historia clínica, asegurando de esta manera los principios de Beneficencia, no maleficencia y justicia. Se diligenció oportunamente el consentimiento informado de la persona involucrada respetando el principio de la confidencialidad y privacidad, manteniéndose el anonimato.