

Caso	(394) Síndrome de Hamman en paciente con trastorno de la conducta alimentaria y vómitos autoprovocados
Autores	
Centro	

José Ignacio Rodríguez Martín, Joaquín Patricio Morán Marsili, Mónica Ruiz Moreno, Ignacio Arrazola González, Ángel Aguado Toquero, Esther Domínguez Franjo
Hospital Universitario Infanta Sofía

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 19 años de edad que acude a urgencias debido a dificultad para la micción tras ingesta masiva de agua por ataque de ansiedad con vómitos autoprovocados posteriores.

Numerosos ingresos (14) en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría en diversos hospitales por trastorno de la conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa. Primer ingreso a los 15 años de edad. Intentos autolíticos por sobreingesta medicamentosa en varias ocasiones.

La paciente refiere mal estado general, importante debilidad generalizada, dolor abdominal y torácico y sensación fría debido a la temperatura del agua ingerida. Se muestra consciente y orientada, aunque limitadamente abordable y poco colaboradora.

En la analítica presenta leucocitosis de $13,59 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia de $11,6 \times 10^3/\mu\text{L}$, lactato de 1.92, PCR de 16.1 mg/L y bilirrubina total de 1.4 mg/dL. Creatinina de 1.47 y FG estimado de 51 mL/min/1.73m²

Se realiza radiografía posteroanterior de tórax, donde se constatan neumomediastino y neumorretroperitoneo y enfisema subcutáneo masivos por extensión, sin evidenciar neumotórax. Se realiza TC de tórax y abdomen superior con CIV y gastrografín como contraste oral debido a alta sospecha de perforación esofágica (posible síndrome de Boerhaave), en el que además se identifica neumorraquis (hallazgo muy poco frecuente en esta patología), sin evidenciarse fuga de contraste ni causa aparente.

DISCUSIÓN

El neumomediastino espontáneo, también conocido como síndrome de Hamman, se define como la presencia de aire en el espacio mediastínico sin causa identificable.

Es una entidad poco frecuente, descrita en 1939 por Louis Hamman, con una muy baja incidencia, siendo más común en hombres jóvenes altos y delgados, así como en mujeres embarazadas periparto.

Se ha asociado con ciertos factores predisponentes, como asma, enfermedades pulmonares, tabaquismo o uso repetido de medicación o drogas ilegales por vía inhalatoria. El sobreesfuerzo durante maniobras de Valsalva es una condición que favorece su aparición, habiéndose descrito casos asociados a vómitos repetidos

(incluyendo pacientes con desórdenes de conducta alimentaria), tos, estreñimiento crónico, trabajos de peso y ejercicio.

Su mecanismo fisiopatológico fue descrito por Macklin en 1944. Se debe a la diferencia de gradiente generada por un incremento de la presión intrabronquial e intraalveolar y una espiración forzada contra una glotis cerrada, condicionando una ruptura alveolar y favoreciendo la difusión del aire hacia las estructuras mediastínicas y el intersticio pulmonar, que presentan niveles de presión inferiores. Cuando la cuantía del gas es muy marcada, puede extenderse a otros compartimentos interconectados del cuerpo.

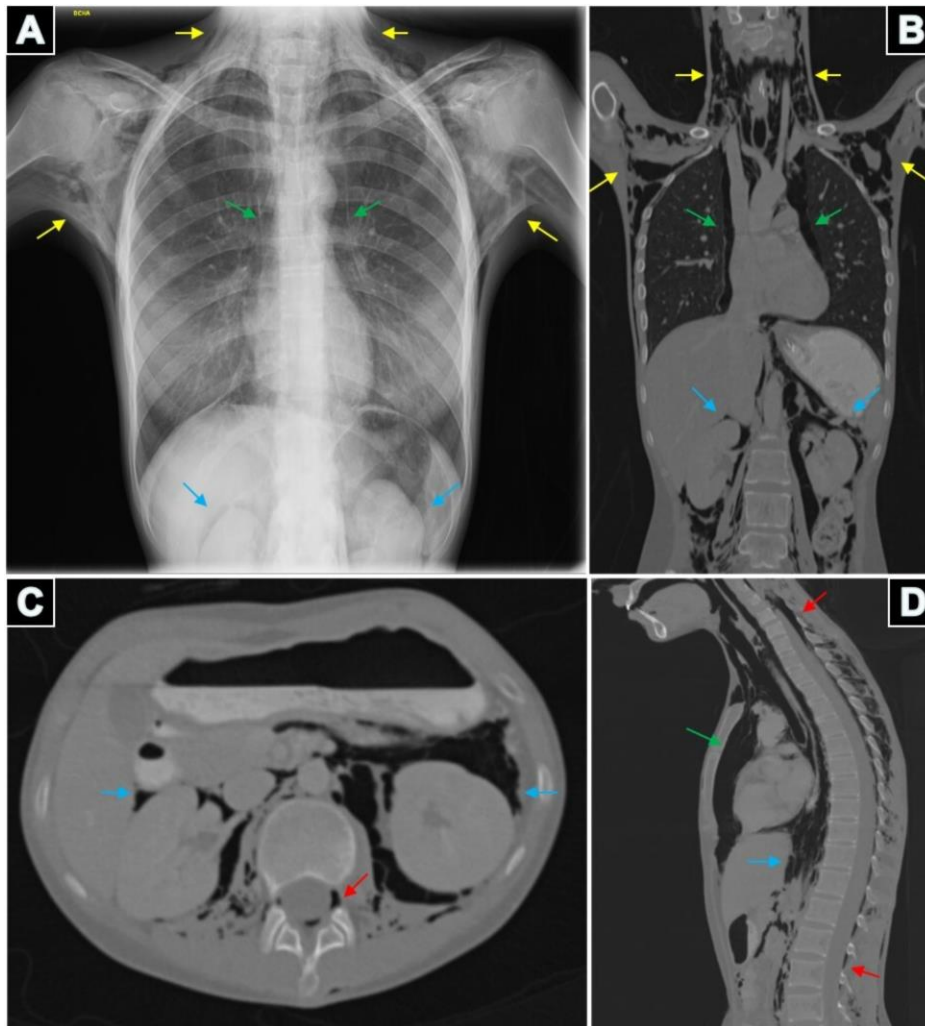
La clínica suele ser inespecífica, siendo el dolor torácico agudo el síntoma más común, que puede irradiarse a cuello o brazo, seguido de disfagia, disnea, disfonía, dolor abdominal o incluso fiebre.

La radiografía es la técnica de elección para la visualización del gas en los diferentes compartimentos torácicos y del abdomen superior, reservándose la TC exclusivamente para casos en los que se sospecha patología subyacente (como en nuestro caso).

Se trata de un proceso con un curso clínico benigno y autolimitado, que se trata habitualmente de forma conservadora con observación, analgesia, reposo y oxigenoterapia, así como medicación ansiolítica o antibioterapia si fuera necesario ante sospecha de mediastinitis. En casos muy señalados con enfisema subcutáneo o neumomediastino a tensión puede ser necesaria la intervención quirúrgica o la colocación de un drenaje.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente en los servicios de urgencia, que debe sospecharse en pacientes con hallazgos radiográficos compatibles, en ausencia de causa identificable y con posibles factores de riesgo desencadenantes. De ello depende un diagnóstico adecuado y un tratamiento conservador inicial subsecuente.



Radiografía de tórax PA (imagen A) y reconstrucciones coronal (B), axial (C) y sagital (D) de TC de tórax con CIV y gastrografín como contraste oral. Las flechas señalan los diferentes compartimentos ocupados por gas: neumomediastino (verdes), neumorretroperitoneo (azules), neumorraquis (rojas) y enfisema subcutáneo y en planos musculares fundamentalmente laterocervicales y de extremidades superiores (amarillas). Nótese la ausencia de neumotórax.

BIBLIOGRAFÍA

Grapatsas K, Tsilogianni Z, Leivaditis V, et al. Hamman's syndrome (spontaneous pneumomediastinum presenting as subcutaneous emphysema): A rare case of the emergency department and review of the literature. *Respir Med Case Rep.* 2017;23:63-65. Published 2017 Dec 11. doi:10.1016/j.rmcr.2017.12.004

Mohamed W, Exley C, Sutcliffe IM, et al. Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's syndrome): presenting as acute severe asthma. *J R Coll Physicians Edinb* 2019; 49: 31-3. doi: 10.4997/JRCPE.2019.106

Weissberg D, Weissberg D. Spontaneous mediastinal emphysema, *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, Volume 26, Issue 5, November 2004, Pages 885-888. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2004.05.050>

Guataqui AEC, Muniz BC, Ribeiro BNF, et al. Hamman's syndrome accompanied by pneumorrhachis. *Radiol Bras.* 2019;52(1):64-65. doi:10.1590/0100-3984.2017.0141