

Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso

Hamman syndrome in pregnant women: case report

Andressa Fernandes Silva¹, Carolina Vicentim de Moraes¹, Guilherme Andrade Pellissari¹, João Antônio Madalaosso Júnior¹, Renato Sugahara Hosoume^{1,2,3}

RESUMO

A síndrome de Hamman foi descrita pela primeira vez por Louis Hamman, em 1939, como “enfisema mediastinal espontâneo” e corresponde à presença de ar livre no mediastino, sem relação com trauma e/ou procedimentos invasivos na região torácica. A condição apresenta sintomas inespecíficos como dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical. Devido aos sinais e sintomas inespecíficos, essa condição pode ser subdiagnosticada, contribuindo para a sua baixa incidência. O diagnóstico é estabelecido com exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax. No relato de caso descrito, temos uma paciente de 31 anos, gestante, G2P1A0, que desenvolve a síndrome concomitantemente a episódios de hiperêmese gravídica com cinco semanas e cinco dias de idade gestacional. O objetivo deste relato concentra-se em destacar essa hipótese diagnóstica para assistência adequada à paciente, uma vez que tal condição não faz parte do escopo cotidiano dentro da obstetrícia.

ABSTRACT

Hamman's syndrome was first described by Louis Hamman in 1939 as “spontaneous mediastinal emphysema” and is characterized by the presence of air in the mediastinum, unrelated to trauma, and/or invasive procedures in the thoracic region. The condition presents nonspecific symptoms such as thoracic pain, cervical pain, dyspnea, cough, and dysphonia. Due to the nonspecific signs and symptoms, this condition can be misdiagnosed, contributing to its low incidence. A diagnosis is established through imaging examinations such as chest radiography and computerized tomography. Here, we report the case of a 31-year-old female who developed Hamman's syndrome concomitantly with episodes of severe hyperemesis when she was five weeks and five days pregnant. Hamman's syndrome is a rare presentation in the field of obstetrics. This report seeks to highlight how Hamman's syndrome was diagnosed, discuss the care given to the patient, and explain the correlation between hyperemesis gravidarum and Hamman's syndrome.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Hamman foi descrita pela primeira vez por Louis Hamman, em 1939, como “enfisema mediastinal espontâneo” e corresponde à presença de ar livre no mediastino, sem relação com trauma e/ou procedimentos invasivos na região torácica. A condição apresenta sintomas inespecíficos como dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical. O sinal de Hamman é tido como patognomônico da síndrome referida. Ele consiste na presença de crepitação à ausculta cardíaca, porém não é frequente. Podem-se observar também enfisema e crepitações subcutâneas nas regiões da cervical, torácica e face.⁽¹⁾ Devido aos sinais e sintomas inespecíficos, essa condição pode ser subdiagnosticada, contribuindo para a sua baixa incidência.⁽²⁾ O diagnóstico é estabelecido com exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax. A síndrome de Hamman é uma

Descritores

Gestação; Hiperêmese; Enfisema

Keywords

Pregnancy; Hyperemesis; Emphysema

Submetido:

08/05/2020

Aceito:

13/11/2020

1. Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Centro de Referência de Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

3. Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Américo Brasiliense, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Renato Sugahara Hosoume
Rua Sete de Setembro, 964, Centro,
14010-180, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
renatohosoume@gmail.com

Como citar?

Silva AF, Moraes CV, Pellissari GA, Madalaosso Júnior JA, Hosoume RS. Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso. Femina. 2020;48(12):760-3.

entidade de evolução benigna e autolimitada, por isso o tratamento conservador com analgesia e repouso é a terapêutica mais recomendada.⁽¹⁾ No relato de caso descrito, temos uma paciente gestante que desenvolveu a síndrome concomitantemente a episódios de hiperêmese gravídica (HG). Náuseas e vômitos são sintomas comuns no início da gestação, porém a condição de HG, quadro com vômitos incoercíveis e intratáveis antes da 20ª semana de gestação, acompanhados de distúrbio eletrolítico, perda de peso (>5%) e cetonúria, que leva à hospitalização, é uma rara complicação do primeiro trimestre da gestação. O diagnóstico clínico é firmado pela quantificação da perda de peso em combinação com os exames laboratoriais; mau estado geral e dificuldade de *performances* das atividades diárias auxiliam nos critérios de internação. Esse caso tem como objetivo explicar a correlação entre a HG e a síndrome de Hamman.⁽²⁻⁴⁾

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, G2P1A0C0, 31 anos de idade, parda, casada, do lar, natural e procedente de Barrinha-SP, com idade gestacional de cinco semanas e cinco dias, foi encaminhada para a Santa Casa de Sertãozinho-SP. No pronto atendimento, relatou ter iniciado há cinco dias episódios intermitentes de náuseas, vômitos e tontura, sem relação com alimentação; tal clínica apresentou piora progressiva, acrescida de perda ponderal maior que 5%. No terceiro dia de sintomatologia, iniciou edema importante em hemiface e região supraclavicular direitas de modo crescente. A conduta inicial foi internação, e, durante esse processo, evoluiu com epigastralgia, hipofagia, vômitos frequentes devido a sialorreia intensa. O edema estendeu-se da região zigomática direita à infraclavicular direita, à região cervical e ao terço superior de braço ipsilateral (Figura 1). Também referiu fraqueza e dificuldade para eliminação de flatos. Negou febre e sintomas respiratórios, urinários, neurológicos e musculoesqueléticos.

Relatou enxaqueca. Negou uso de medicamentos contínuos, tabagismo, etilismo, alergia medicamentosa,

cirurgias prévias, perda de líquido vaginal, dor abdominal e atividade física. Sobre o histórico gestacional prégresso, mencionou náuseas e vômitos intensos e muito frequentes por grande período de tempo. O parto prévio ocorreu por via vaginal há 11 anos e sem intercorrências para a mãe e o recém-nascido.

Ao exame físico, apresentou mau estado geral, estando descorada 2+/4+, anictérica, acianótica, desidratada 2+/4+, tec < 3 (escrever), normotensa e eupneica. Quadro de crepitações subcutâneas em toda região edemaciada. Aparelhos cardiovascular, respiratório, abdominal e geniturinário sem alterações significantes.

Além da necessidade de internação pela dificuldade de ingesta alimentar e do estado nutricional da paciente, foram prescritos diversos antieméticos e sintomáticos por via endovenosa, além de hidratação, na tentativa de melhora clínica. Foram realizadas ultrassonografia transvaginal para avaliação da gestação e do feto, que revelou feto único com idade gestacional compatível com o tempo de amenorrea, e radiografia de tórax, que mostrou imagens radiotransparentes esparsas em região subcutânea de tórax bilateralmente, porém mais proeminentes em hemitórax direito, compatíveis com enfisema subcutâneo (Figura 2).

Durante o segundo dia de internação, o edema apresentou melhora discreta em região de hemiface esquerda (Figura 3), com sialorreia muito intensa, ainda impossibilitando a ingesta alimentar, sendo a clínica, inicialmente refratária ao uso dos medicamentos.

Durante o terceiro dia de internação, a paciente evoluiu com melhora importante do enfisema subcutâneo (Figura 4), da náusea e da frequência dos episódios de vômitos. Ela conseguiu reiniciar a alimentação com alimentos pastosos, sentia-se mais disposta e com resta-



Figura 1. Paciente durante seu primeiro dia de internação. Observa-se um edema intenso em hemiface direita, principalmente em região zigomática



Figura 2. Radiografia de tórax em incidência posteroanterior demonstrando imagens radiotransparentes esparsas em parede torácica compatíveis com enfisema subcutâneo bilateral



Figura 3. Paciente durante o segundo dia de internação. Observa-se uma melhora discreta em edema facial



Figura 4. Paciente durante o terceiro dia de internação. Apresenta melhora importante do enfisema subcutâneo em face

belecimento visível do estado clínico. A paciente recebeu alta com medicamentos e orientações no quarto dia de internação após alimentação plena, diminuição do enfisema de modo quase completo e ausência de sintomas, sem a necessidade de maiores intervenções. Após o atendimento da paciente apresentada, ela consentiu, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o estudo e posterior publicação sobre sua condição. Para a realização e a confecção deste relato de caso, houve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da instituição.

DESCRIÇÃO DO CASO

Os aspectos fisiopatológicos envolvidos no pneumomediastino espontâneo consistem na ruptura dos alvéolos terminais que se segue ao aumento da pressão alveolar, com consequente extravasamento do ar para o espaço intersticial e peribronquico, que pode se estender do hilo ao mediastino. O ar aprisionado no mediastino pode atravessar as fáscias e se disseminar para o tecido celular subcutâneo da região torácica e cervical, e para o espaço retrofaríngeo, peritoneal, retroperitoneal e pericárdico.⁽⁵⁾

Este relato clínico partilha de alguns aspectos comuns de casos descritos na literatura, porém se destaca pela condição da paciente supracitada, que teve o início desse quadro com cinco semanas e cinco dias de gestação.

Sintomas como náuseas e vômitos são comuns no início da gestação, porém a HG, condição na qual ocorrem vômitos incoercíveis e intratáveis antes da 20ª semana de gestação, acompanhados de distúrbio eletrolítico, perda de peso > 5% do peso habitual e cetonúria, que leva à hospitalização, é uma rara complicação do primeiro trimestre da gestação. De etiologia desconhecida, acredita-se que o hormônio gonadotrofina coriônica humana desempenha o primeiro gatilho. A HG é uma complicação rara; entretanto, medidas conservadoras, antieméticas e de hidratação são uma estratégia de tratamento eficaz. O pneumomediastino secundário à HG é excepcional, pois poucos casos foram relatados na literatura. De acordo com a teoria de Macklin, o pneumomediastino espontâneo primário é causado pela ruptura alveolar e pela fuga de ar para os tecidos, sendo documentado por meio de tomografia computadorizada.^(3,6)

Em pacientes com pneumomediastino secundário à HG, o vômito é considerado o principal fator desencadeante, entretanto também pode estar associado à síndrome de Boerhaave. Tal condição se distingue da síndrome de Hamman pelo fato de a causa do enfisema ser secundária à ruptura esofágica, em razão da súbita distensão do esôfago, o que, se não for tratado de maneira oportuna, pode resultar em sepse de foco mediastinal e morte. A tríade de Mackler, composta por vômitos, dor torácica e enfisema pulmonar, também se descreve em pacientes portadores da síndrome de Hamman, porém é necessário realizar exames de imagem como radiografia, tomografia computadorizada e esofagograma a fim de evidenciar achados sugestivos da síndrome de Boerhaave (derrame pleural, hidropneumotórax e atelectasias). No caso de gestantes, deve-se analisar o risco de exposição fetal à radiação em relação ao diagnóstico diferencial antes de realizar o exame de imagem.⁽⁷⁾

O pneumomediastino espontâneo deve ser sempre considerado em pacientes portadoras de HG, pois é um quadro autolimitado, que não culmina em complicações importantes. Porém, faz-se necessário realizar exames de imagem para diagnóstico diferencial com a síndrome de Boerhaave, condição mais delicada e que exige uma terapêutica mais incisiva.

O diagnóstico clínico realiza-se por meio da mensuração da perda de peso em combinação com os exames laboratoriais; mau estado geral e dificuldade de *performance* nas atividades diárias auxiliam nos critérios de internação. Sinal típico de HG, a sialorreia dificulta a ingestão da dieta, necessitando de intervenção, sendo indicada em alguns casos nutrição enteral ou parenteral.^(4,8)

Foi realizado um estudo em que foi possível verificar que 52,4% das gestantes que desenvolveram HG eram primigestas, e a complicação mais frequente foi a desidratação. Casos de HG são maus preditores de gravidez, direcionando a atenção médica para a morbimortalidade da gestante, com causas físicas e psicológicas, assim como para o aumento de risco de retardo do crescimento e anomalias fetais.⁽⁹⁻¹¹⁾

CONCLUSÃO

O relato de caso evidencia a importância da investigação diagnóstica de sinais e sintomas comuns da gestação, associados a um enfisema subcutâneo idiopático. A suspeição clínica da síndrome de Hamman foi baseada na tríade de Mackler, composta por vômitos, dor torácica e enfisema pulmonar, somada a um achado clínico de enfisema subcutâneo em paciente no primeiro trimestre de gestação, ainda reforçada pela presença de enfisema verificada na radiografia de tórax. Apesar de essa condição não fazer parte do escopo médico cotidiano, seu diagnóstico não deve ser negligenciado ou menos-prezado, pois ele oportuniza a obtenção de tratamento especializado, garantindo melhor assistência à paciente.

AGRADECIMENTOS

À Santa Casa de Misericórdia de Sertãozinho, pela disponibilização do caso e das informações descritas em prontuário para a concepção deste relato de caso.   Dra. Alice Yasuda e ao Dr. Renato Hosoume, pelo incentivo e acompanhamento do caso durante o estágio de Ginecologia e Obstetrícia. Agradecemos ao Dr. Renato Hosoume pela análise cautelosa de todo o conteúdo desenvolvido pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Coelho Júnior LG, Figueiredo ET, Haesbaert CM. Pneumomediastino espontâneo, síndrome de Hamman, relato de caso. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2016;49(6):574-7. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v49i6p574-577
2. Perseguim AB, Pereira DAR, Fiori LB, Said MM, Peres MVR, Aquino JLB. Pneumomediastino espontâneo (síndrome de Hamman): relato de dois casos. *Rev Med*. 2016;95(3):138-41. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v95i3p138-141
3. Macle L, Varlet MN, Cathebr s B. Hyperemesis gravidarum: une complication rare mais potentiellement grave du premier trimestre de la grossesse. *Rev Prat*. 2010;60(6):759-64.
4. Hyperemesis Education & Research (HER). About Hyperemesis Gravidarum (HG) [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 10]. Available from: <http://www.helper.org/hyperemesis-gravidarum/>
5. Smedo FHMA, Silva RS, Pereira S, Alfaiate T, Costa T, Fernandez P, et al. Pneumomediastino espontâneo: relato de um caso. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(3):355-7. doi: 10.1590/S0104-42302012000300017
6. Sakai M, Murayama S, Gibo M, Akamine T, Nagata O. Frequent cause of the Macklin effect in spontaneous pneumomediastinum: demonstration by multidetector-row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr*. 2006;30(1):92-4. doi: 10.1097/01.rct.0000187416.07698.8d
7. Forshaw MJ, Khan AZ, Strauss DC, Botha AJ, Mason RC. Vomiting-induced pneumomediastinum and subcutaneous emphysema does not always indicate Boerhaave's syndrome: report of six cases. *Surg Today*. 2007;37(10):888-92. doi: 10.1007/s00595-006-3493-1
8. Haro K, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Arenas H, Leonher K. Hiperemesis gr vidica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):988-91. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8143
9. Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(4):906-9. doi: 10.1016/0002-9378(89)90307-4
10. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy – What's new? *Auton Neurosci*. 2017;202:62-72. doi: 10.1016/j.autneu.2016.05.002
11. Salas De la Vega A, Salvador Pichilingue J, Trelles Yenque JF, Maradiegue Mendez EE. Frecuencia, diagnóstico y manejo de la hiperemesis gr vidica. *Ginecol Obstet*. 2000;46(3):216-21. doi: 10.31403/rpgo.v46i1415