

Pneumomediastino espontâneo: relato de um caso

FLÁVIA HELENA MONTEIRO ANDRADE SEMEDO¹, ROSÁRIO SANTOS SILVA¹, SÓNIA PEREIRA¹, TERESA ALFAIATE², TERESA COSTA², PILAR FERNANDEZ², AMÉLIA PEREIRA³

¹Residência Médica de Medicina Interna, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Portugal

²Assistentes Hospitalares de Medicina Interna, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Portugal

³Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna; Diretora de Serviço de Medicina Interna, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Portugal

RESUMO

Objetivo: A descrição deste caso é motivada pela não frequência desta entidade clínica e sua diversidade semiológica, o que implica elevado nível de suspeição para o diagnóstico correto. **Métodos:** Descrição de um caso clínico, com base nos dados referidos no processo clínico. **Resultado:** O caso refere-se a um jovem do sexo masculino, observado no serviço de urgência por apresentar dor torácica à direita, cuja investigação complementar foi compatível com pneumomediastino espontâneo. Ele, então, foi submetido a terapêutica médica, com evolução favorável. **Conclusão:** Habitualmente o curso clínico é benigno, autolimitado, o que implica em apenas um tratamento conservador, sendo o uso de fármacos recomendado somente nos doentes sintomáticos.

Unitermos: Diagnóstico de pneumomediastino; enfisema subcutâneo; enfisema mediastínico.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Spontaneous pneumomediastinum: case report

Objective: The description of this case is due to the rarity of this clinical entity and its semiotic diversity, which implies a high level of suspicion for a correct diagnosis. **Methods:** Description of a clinical case, based on the data referred to in the clinical process. **Results:** The case describes a young male patient, attended to at the emergency room due to right chest pain, which further investigation revealed to be consistent with spontaneous pneumomediastinum. He underwent medical treatment, with favorable outcome. **Conclusion:** The clinical course is usually benign, self-limited, involves only conservative treatment, and use of drugs is recommended only in symptomatic patients.

Keywords: Pneumomediastinum diagnosis; subcutaneous emphysema; mediastinal emphysema.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Serviço de Medicina, Portugal

Artigo recebido: 29/09/2011
Aceito para publicação: 02/02/2012

Correspondência para:
Flávia Helena Monteiro
Andrade Semedo
Hospital Distrital da
Figueira da Foz EPE
Serviço de Medicina
Gala, 3094-001
Figueira da Foz, Portugal
fhsemedo@hotmail.com

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

O pneumomediastino define-se pela presença de ar livre no mediastino. As principais etiologias são traumatismos, procedimentos invasivos (cervicais, torácicos ou abdominais), fístulas traqueobrônquicas ou esôfago-brônquicas, manobra de Valsava, ventilação com pressão positiva, acesso de tosse, vômito, esforço físico, uso de drogas inaladas entre outros¹. Raramente ocorre na ausência de doença pulmonar prévia ou de fatores precipitantes. Nesse caso designa-se por pneumomediastino espontâneo (PME)².

O PME é raro nos adultos, sendo os jovens do sexo masculino os mais frequentemente atingidos. A proporção em relação ao sexo masculino/sexo feminino é de 8/1¹. O número de casos por admissões hospitalares varia de 1 em 800 a 1 em 42.000³. Desses, cerca de 1% têm antecedentes de asma¹.

Os principais sintomas associados são dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical¹. A presença de crepitação à auscultação cardíaca, descrita por Hamman em 1939 e designado por sinal de Hamman, apesar de ser patognomônica é pouco frequente⁴. Mais vezes objetivam-se crepitações subcutâneas³.

O diagnóstico é estabelecido por exames de imagem, principalmente a radiografia torácica (RX de tórax) e a tomografia computadorizada do tórax (TAC de tórax).

Habitualmente é autolimitada, justificando apenas alívio sintomático.

MÉTODOS

Descrição de um caso clínico, com base nos dados referidos no processo clínico.

RESULTADOS

O caso refere-se a um jovem do sexo masculino, de 21 anos, observado no serviço de urgência por apresentar dor localizada ao hemitórax direito, tipo pleurítica, com 2 dias de evolução. Negava outros sintomas associados. Referia episódio recente de traqueobronquite aguda para o qual estava medicado com antibiótico (amoxicilina/ácido clavulânico 875/125 mg, a cada 12 horas). Tratava-se de doente com antecedentes de asma na infância, sem história medicamentosa atual, sem hábitos tabagístico ou uso de drogas ilícitas. Apresentava-se apirético, acianótico, polipneico (com frequência respiratória de 26 ciclos/minuto), normotenso, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído globalmente e sibilos generalizados, auscultação cardíaca regular e sem sopros audíveis, crepitações subcutâneas palpáveis no hemitórax e região supraclavicular direita, abdômen sem alterações. Realizou-se RX de tórax posteroanterior, que evidenciou discreta lâmina de ar envolvendo a silhueta cardíaca, parede torácica direita e supraclavicular homolateral. Efetuou-se ainda TAC de tórax, que revelou “enfisema

subcutâneo na parede torácica e supraclavicular à direita, presença de ar envolvendo as estruturas mediastínicas” (Figura 1) e broncofibroscopia que excluiu a presença de fístula traqueobrônquica ou de outras lesões.



Figura 1 – Tomografia computadorizada de tórax com presença de ar no mediastino.

Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de PME. O doente foi internado e medicado com broncodilatadores inalados, analgésico e manteve o antibiótico anteriormente prescrito.

Verificou-se melhoria clínica e radiológica, teve alta ao 5º dia de internação, orientado para consulta de pneumologia. Durante o período de seguimento não se registraram sinais de recidiva.

DISCUSSÃO

Os aspectos fisiopatológicos envolvidos no PME foram descritos inicialmente por Macklin, em 1944¹⁻⁴. Este considerou que o fator subjacente à condição consiste na ruptura dos alvéolos terminais que se segue ao aumento da pressão alveolar, com conseqüente extravasamento do ar para o espaço intersticial e peribrônquico, e daí até o hilo e o mediastino. O ar no mediastino pode atravessar as fâscias e se disseminar para o tecido celular subcutâneo da região torácica e cervical, espaço retrofaríngeo, peritoneu, retroperitoneu e pericárdio.

Este caso partilha vários aspectos com a maioria dos casos referidos na literatura, e nomeadamente na forma de apresentação, abordagem terapêutica e evolução clínica. A dor torácica, apesar de inespecífica, é o sintoma mais frequentemente implicado, e quando associada a dispneia encontra-se presente em cerca de 82% dos casos⁵. A presença do sinal de Hamman é muito variável (provavelmente pela subjetividade em sua detecção), sendo o enfisema subcutâneo muitas vezes a única alteração observada.

No que se refere à investigação diagnóstica, o RX de tórax é o exame de eleição, no entanto a incidência posteroanterior esclarece o diagnóstico apenas em metade dos

casos, por isso é fundamental a realização da incidência de perfil, permitindo assim o diagnóstico em aproximadamente 100% dos casos⁶. A TAC de tórax permite esclarecer as situações em que o RX de tórax não é conclusivo. Também permite avaliar a extensão do ar disseminado e despistar outras lesões associadas. A realização de outros exames justifica-se se houver suspeita de fatores subjacentes ou perante outras hipóteses diagnósticas⁷.

No caso descrito, entendemos ser necessária a realização de uma broncofibroscopia para excluir a presença de fístula traqueobrônquica, levando-se em conta o diagnóstico anterior de traqueobronquite aguda.

Quanto à terapêutica, essa consiste no repouso e no alívio sintomático por meio de recursos analgésicos, broncodilatadores e oxigenioterapia se houver insuficiência respiratória. Na maioria dos casos o curso clínico é favorável, verificando-se a reabsorção passiva completa do ar¹.

Em casos raros podem ocorrer complicações, sobretudo pneumotórax/pneumomediastino hipertensivo, o que pode justificar a realização de procedimentos cirúrgicos.

O risco de recidiva é baixo, e até a presente data apenas um caso foi relatado⁵.

No caso descrito, o doente continua em acompanhamento por meio de consultas de pneumologia, sem ocorrência de recidiva. Ainda sente a reativação da asma após o episódio de PME, por isso mantém-se no tratamento com broncodilatadores, apresentando boa resposta clínica e sem novos episódios de piora.

CONCLUSÃO

Para concluir salientamos que apesar da inespecificidade dos sintomas frequentemente associados ao PME, o exame físico detalhado pode evidenciar sinais sugestivos dessa patologia, nomeadamente o sinal de Hamman e as crepitações subcutâneas.

Relembremos ainda que o diagnóstico é de exclusão, pelo que é fundamental descartar outras causas subjacentes através de uma história clínica detalhada e da realização de exames complementares adequados ao contexto clínico do doente.

REFERÊNCIAS

1. Fautureto MC, Santos JP, Goulart PE, Maia S. Pneumomediastino espontâneo: asma. *Rev Port Pneumol.* 2008;14:437-41.
2. Yellin A, Gapany-Gapanavivius M, Lieberman Y. Spontaneous pneumomediastinum: is it a rare cause of chest pain? *Thorax.* 1983;38:383-5.
3. Newcomb A, Clarke P. Spontaneous pneumomediastinum: a benign curiosity or a significant problem. *Chest.* 2005;128:3298-302.
4. Choo MJ, Shin SO, Kim JS. A case of spontaneous cervical and mediastinal emphysema. *J Korean Med Sc.* 1998;13:223-6.
5. Ferreira LM, Haguette E. Enfisema retrofaringeo e pneumomediastino espontâneos. *Int Arch Otorrinolaryngol.* 2007;337-40.
6. Lopes F, Marchiori E, Zanetti G, Silva TFM, Herranz LB, Almeida MIB. Pneumomediastino espontâneo após esforço vocal: relato de caso. *Radiol Bras.* 2010;43:137-9.
7. Martí J, Estirado C. Neumomediastino espontâneo asociado a inhalación de SPEED. *Ann Med Intern.* 2006;23:506-7.
8. Iyer V, Josh Y, Ryu J. Spontaneous pneumomediastinum analysis of 62 consecutive adult patients. *Mayo Clin Proc.* 2009;84:417-21.
9. Ruiz-Ruiz F, Sampérez A, Rubio T, Escolar F. Neumomediastino espontâneo. *An Sist Sanit Navarra* 2006;29:1-4.
10. Terrosu G, Rossetto A, Bresadola V, Robiony M. Spontaneous retropharyngeal and mediastinal emphysema: case report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;5:108-10.