



Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026

## Síndrome de Hamman em Paciente Pediátrico: Um Relato de Caso

*Hamman's Syndrome in a Pediatric Patient: A Case Report*

**Luísa Caldeira Dib de Sousa e Silva** – Hospital Regional de Taguatinga –  
[luisacdib.16@gmail.com](mailto:luisacdib.16@gmail.com)

**Fernando de Velasco Lino** – Hospital Regional de Taguatinga – [fvino@gmail.com](mailto:fvino@gmail.com)

**Fernanda Salustiano Costa Rocha** – Hospital Regional de Taguatinga –  
[nanda.salustiano@hotmail.com](mailto:nanda.salustiano@hotmail.com)

### Resumo

O presente relato descreve um caso raro de Pneumomediastino Espontâneo em paciente pediátrico, desencadeado por um episódio isolado de sibilância. Embora a condição seja incomum nessa faixa etária, ela demonstra que até manifestações respiratórias discretas podem gerar repercussões significativas, reforçando a necessidade de avaliação clínica detalhada e acompanhamento cuidadoso do histórico do paciente para identificação precoce do quadro e definição da conduta mais adequada. Durante a investigação, os exames de imagem foram essenciais para caracterizar a extensão do ar extraluminal. A tomografia computadorizada revelou gás presente no canal vertebral, nos planos interfaciais superficiais e profundos e no retroperitônio, envolvendo órgãos abdominais como rim, estômago e glândula suprarrenal. Esses achados confirmam que, mesmo em casos com sintomas leves, o pneumomediastino pode se espalhar de maneira ampla pelos tecidos, tornando indispensável a realização de exames radiológicos completos para orientar o manejo clínico e prevenir possíveis complicações. O tratamento adotado foi conservador, baseado em observação clínica, oxigenoterapia e analgesia, conduta recomendada pela literatura para pacientes estáveis. O acompanhamento próximo, associado à avaliação radiológica detalhada, permitiu monitorar a resolução do ar extraluminal e garantir a segurança do paciente sem necessidade de intervenções invasivas. Este caso aponta a importância de integrar avaliação clínica, exames de imagem e manejo conservador, demonstrando que, mesmo em situações raras e com disseminação extensa do ar, é possível obter recuperação completa em crianças com pneumomediastino espontâneo. Além disso, evidencia a relevância do diagnóstico precoce e da vigilância contínua para evitar complicações e orientar decisões clínicas seguras.

**Palavras-Chave:** Síndrome De Hamman; Pediatria; Pneumomediastino Espontâneo.

### Abstract

This report describes a rare case of spontaneous pneumomediastinum in a pediatric patient, triggered by an isolated episode of wheezing. Although the condition is uncommon in this age group, it demonstrates that even subtle respiratory manifestations can have significant repercussions, reinforcing the need for detailed clinical evaluation and careful monitoring of the patient's history for early identification of the condition and definition of the most appropriate course of action. During the investigation, imaging studies were essential to characterize the extent of extraluminal air. Computed tomography revealed gas present in the vertebral canal, in the superficial and deep interfacial planes, and in the retroperitoneum, involving abdominal organs such as the kidney, stomach, and adrenal gland. These findings confirm that, even in cases with mild symptoms, pneumomediastinum can spread widely throughout the tissues, making complete radiological examinations indispensable to guide clinical management and prevent possible complications. The treatment adopted was conservative, based on clinical observation, oxygen therapy, and analgesia, a course of action recommended in the literature for stable patients. Close monitoring, coupled with detailed radiological evaluation, allowed for tracking the resolution of extraluminal air and ensuring patient safety without the need for invasive interventions. This case highlights the importance of integrating clinical assessment, imaging studies, and conservative management, demonstrating that even in rare situations with extensive air dissemination, complete recovery is possible in children.

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

with spontaneous pneumomediastinum. Furthermore, it underscores the relevance of early diagnosis and continuous surveillance to prevent complications and guide safe clinical decisions.

**Keywords:** Hamman's Syndrome; Pediatrics; Spontaneous Pneumomediastinum.

## 1. Introdução

A Síndrome de Hamman é uma condição rara caracterizada pela presença de ar livre no mediastino, espaço anatômico que abriga estruturas vitais como o coração, traqueia e grandes vasos (Queiroz et al., 2023). Essa condição pode ocorrer de forma secundária, como consequência de traumas ou procedimentos médicos, ou de forma primária, quando surge espontaneamente, sendo então denominada Pneumomediastino Espontâneo. A forma primária é ainda mais incomum na população pediátrica e está associada a alterações na pressão alveolar, que podem levar à ruptura dos alvéolos e ao extravasamento de ar para o mediastino e o hilo pulmonar, aumentando a pressão intratorácica e podendo ocasionar complicações respiratórias (Rosinhas; Soares; Pereira, 2018).

A síndrome de Hamman apresenta baixa prevalência, sendo considerada rara e, muitas vezes, sem causa identificável. Ela ocorre predominantemente em jovens do sexo masculino, enquanto em crianças do sexo feminino é ainda menos frequente (Ferreira; Castro, 2024). Essa diferença de incidência sugere fatores biológicos e fisiológicos que podem predispor determinados grupos à condição. Por se tratar de um evento raro, especialmente em pediatria, sua detecção precoce depende de atenção clínica cuidadosa e do conhecimento dos sinais e sintomas característicos (Albernaz et al., 2022).

A incidência em serviços de emergência pode variar amplamente, com relatos sugerindo uma ocorrência de aproximadamente 1 em 800 a 1 em 42.000 pacientes atendidos, o que pode refletir tanto a raridade quanto a subnotificação de casos leves ou mal reconhecidos. Apesar de ser mais descrito em adultos jovens do sexo masculino, especialmente aqueles com características físicas específicas, o pneumomediastino espontâneo também ocorre na população pediátrica e merece atenção clínica em contextos de dor torácica ou dispneia aguda.

Entre os fatores que podem desencadear a síndrome estão situações que aumentam a pressão intratorácica, como crises de asma, esforços físicos intensos, vômitos persistentes e, em alguns casos, o trabalho de parto (Huang, 2022). Esses eventos provocam uma sobrecarga nos alvéolos pulmonares, favorecendo a ruptura alveolar e a passagem de ar para o mediastino. Portanto, a identificação de fatores predisponentes no histórico clínico do paciente é essencial para levantar a suspeita diagnóstica (Pereira et al., 2022).

Os sintomas desta condição incluem dor torácica, tosse, dispneia, dor cervical e dificuldade para engolir. Além disso, durante o exame físico, podem ser observadas crepitações subcutâneas em regiões da face, pescoço e tórax, indicando o extravasamento de ar para os tecidos subcutâneos. Esses

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

achados são importantes para o reconhecimento clínico da condição, embora nem sempre estejam presentes em todos os casos (Orso et al., 2025).

O uso de exames de imagem é importante para a confirmação diagnóstica. A radiografia de tórax pode auxiliar na detecção do ar mediastinal, mas a tomografia computadorizada é considerada o exame de escolha, pois apresenta maior sensibilidade e permite avaliar de forma detalhada a extensão do pneumomediastino. A escolha adequada do método diagnóstico contribui para o manejo clínico seguro e para a prevenção de complicações mais graves (Mattar et al., 2021).

Em relação ao tratamento, a abordagem geralmente é conservadora, especialmente em pacientes pediátricos, considerando que a síndrome tende a ser autolimitada e apresenta evolução favorável. O manejo envolve monitoramento clínico, suporte respiratório quando necessário e orientação quanto à limitação de atividades que possam aumentar a pressão intratorácica. Essa conduta permite que a condição se resolva de forma natural, evitando intervenções desnecessárias e reduzindo riscos adicionais ao paciente (Silva, 2022).

O caso clínico apresentado neste trabalho descreve uma paciente previamente hígida, diagnosticada com síndrome de Hamman, detalhando desde a apresentação inicial e o atendimento clínico até o diagnóstico, o manejo conservador adotado e o acompanhamento subsequente. Serão discutidos os sinais e sintomas iniciais, os métodos diagnósticos utilizados, a importância dos exames de imagem e o curso do tratamento. Além disso, será feita uma revisão das literaturas relevantes sobre essa condição.

Diante disso, objetiva-se descrever detalhadamente um caso raro de síndrome de Hamman, em paciente pediátrico, com um diagnóstico desafiador e inesperado, a fim de capacitar o profissional de saúde para a identificação de uma patologia não tão frequente, e realizar um diagnóstico rápido e preciso.

## 2. Relato de Caso

Trata-se de um estudo observacional, do tipo relato de caso, baseado em dados secundários obtidos de prontuários eletrônicos do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), sem intervenção direta ou seguimento prospectivo da paciente. O projeto foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sendo aprovado conforme parecer nº 8.060.605 em conformidade com os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012. O consentimento livre e esclarecido foi obtido junto à responsável legal durante atendimento ambulatorial, após explicação detalhada sobre os objetivos do estudo e procedimentos envolvidos.

Paciente do sexo feminino, seis anos de idade, previamente hígida, foi admitida na enfermaria

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

pediátrica do HRT em 03/05/2023, após encaminhamento pelo SAMU de unidade básica de saúde, devido a desconforto respiratório associado ao primeiro episódio de sibilância. Segundo relato materno, dois dias antes da internação, a criança iniciou quadro de tosse, congestão nasal e febre aferida, evoluindo no dia anterior à admissão com piora dos sintomas respiratórios. Na unidade básica, a paciente recebeu inalação de resgate com salbutamol (cinco jatos), corticoide hidrocortisona 100 mg e dipirona para controle febril.

À admissão no HRT, a paciente encontrava-se com esforço respiratório leve, apresentando retração de fúrcula, tiragem subcostal e intercostal discretas, frequência respiratória de 32 incursões por minuto, e saturação de oxigênio de 96% em oxigenoterapia por cânula nasal. O exame físico revelou presença de enfisema subcutâneo em todo o hemitórax esquerdo. Dieta oral, aceita adequadamente e eliminação fisiológica preservada. Ausência de comorbidades prévias, alergias, uso de medicamentos contínuos ou internações anteriores, assim como ausência de episódios prévios de sibilância.

Os antecedentes familiares revelaram que ambos os pais apresentaram histórico de crises de asma na infância. Um irmão de dois anos já havia apresentado quatro episódios de sibilância, enquanto uma irmã de oito anos encontrava-se hígida, sem relato de eventos respiratórios. Não foram observados outros antecedentes familiares relevantes à admissão. Estes dados foram considerados importantes para avaliação do risco genético de doenças respiratórias em idade pediátrica.

Durante a internação inicial no pronto-socorro infantil do HRT, a paciente foi mantida em oxigenoterapia por cânula nasal, em uso de inalação de salbutamol (oito jatos a cada 2 horas, posteriormente ajustados para a cada 4 horas) e corticoide oral prednisolona 1 mg/kg/dia. A dieta oral foi mantida, e o estado geral da paciente permaneceu bom, com atividade e reatividade preservadas. Afebril desde 03/05, a paciente manteve eliminações fisiológicas e sem sinais de desconforto digestivo ou urinário.

Exames laboratoriais realizados em 04/05/2023 evidenciaram hemoglobina 12,7 g/dL, hematócrito 37,4%, leucócitos 13.800/mm<sup>3</sup> (segmentados 79,1%, linfócitos 13,7%) e plaquetas 264.000/mm<sup>3</sup>. Não foram identificadas alterações significativas que sugerissem processo infeccioso sistêmico grave. Painel viral e teste rápido para COVID-19 apresentaram resultado negativo. Esses achados laboratoriais foram considerados compatíveis com quadro respiratório agudo sem complicações hematológicas.

Radiografia de tórax e abdome realizada em 03/05/2023 mostrou pulmões levemente hiperinsuflados, sem derrames, opacidades ou consolidações, com seios livres. Enfisema subcutâneo importante foi observado bilateralmente na região torácica. Tais achados radiográficos foram condizentes com o quadro clínico de broncoespasmo agudo e sugeriram necessidade de monitoramento da extensão do enfisema subcutâneo.

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

Devido à gravidade inicial do quadro e presença de enfisema subcutâneo, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax, cervical e abdome. Como o tomógrafo da unidade hospitalar encontrava-se inoperante, a paciente foi encaminhada a outra unidade hospitalar para realização do exame em regime de urgência, sem administração de contraste. A TC realizada em 05/05/2023 evidenciou pneumomediastino com enfisema nos planos superficiais e profundos da região cervical e parede torácica anterior, além de discreta pneumorráque na coluna cervical e torácica. Dentro do contexto clínico, o quadro foi compatível com a síndrome de Hamman.

Durante a evolução em enfermaria, a paciente permaneceu desperta, ativa e comunicativa. Respirava espontaneamente em ar ambiente, já com ausência de esforço respiratório, com murmúrio vesicular bilateralmente presente e sem ruídos adventícios. O enfisema subcutâneo permanecia palpável em tórax e abdome, porém sem expansão visível. Sinais vitais estáveis. A dieta oral continuou bem aceita, e a eliminação fisiológica foi mantida. Não foram observadas secreções nasais significativas, episódios de coriza, alterações gastrointestinais ou urinárias. O estado geral apresentou melhora progressiva desde a admissão.

O acompanhamento clínico incluiu suspensão gradual da oxigenoterapia e manutenção de inalações com salbutamol e prednisolona oral. Durante o período de observação, a paciente manteve-se afebril, sem sinais de desconforto respiratório relevante e aceitando dieta oral adequada. Não houve complicações adicionais, e a evolução do enfisema subcutâneo demonstrou resolução progressiva.

A conduta terapêutica adotada consistiu em manejo conservador, incluindo monitoramento clínico rigoroso, manutenção da hidratação oral, analgesia sintomática quando necessário e instruções sobre sinais de alerta. Foi orientado retorno ambulatorial para reavaliação clínica, radiográfica e de imagem complementar após alta hospitalar.

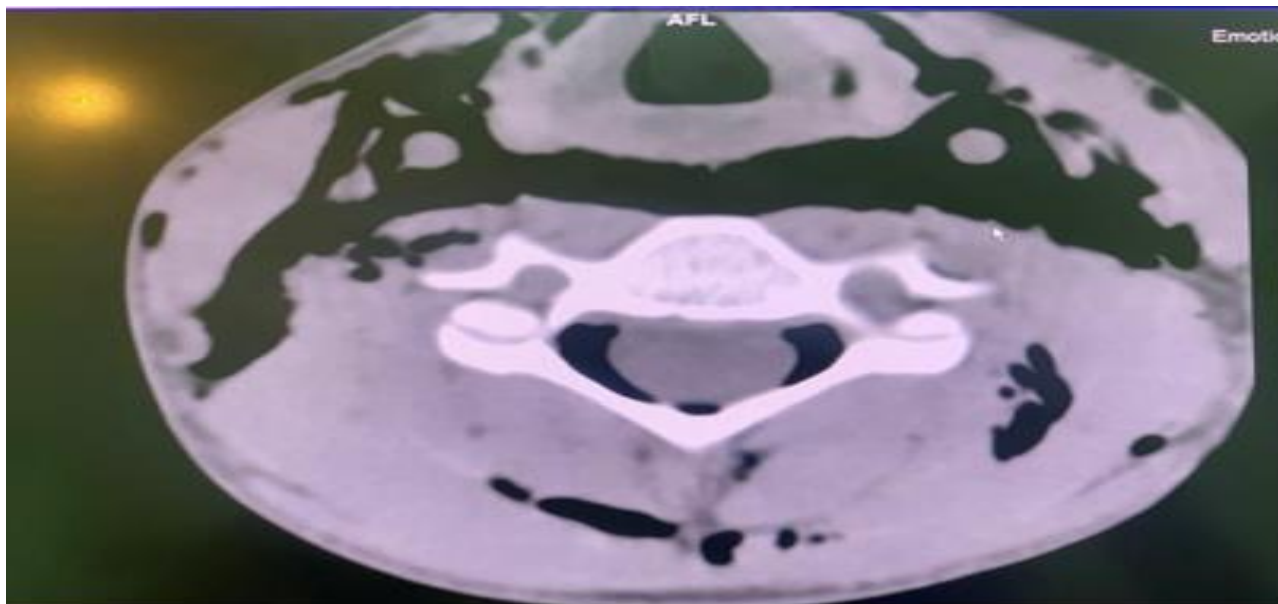
O retorno ocorreu em 15/05/2023, quando a paciente encontrava-se sem queixas, com exame físico sem alterações e radiografia de tórax normal. O enfisema subcutâneo havia regredido completamente. A alta médica foi confirmada, com orientações de sinais de alarme, uso de medicações previamente instituídas suspensas e acompanhamento ambulatorial.

O caso ilustra uma apresentação atípica de pneumomediastino espontâneo e síndrome de Hamman em paciente pediátrica previamente hígida, evidenciando a importância da avaliação clínica detalhada e exames de imagem. Abaixo, em sequência encontram-se anexados os exames de tomografia computadorizada.



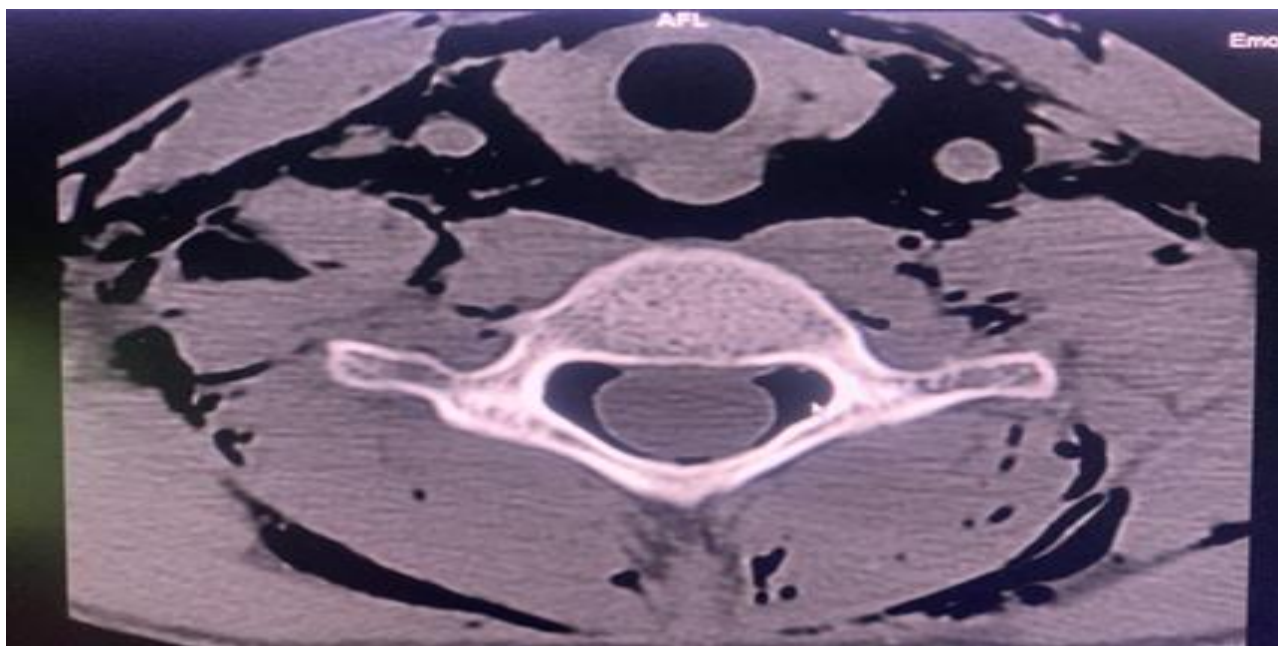
Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026

**Figura 1:** Tomografia computadorizada - Corte axial do canal vertebral

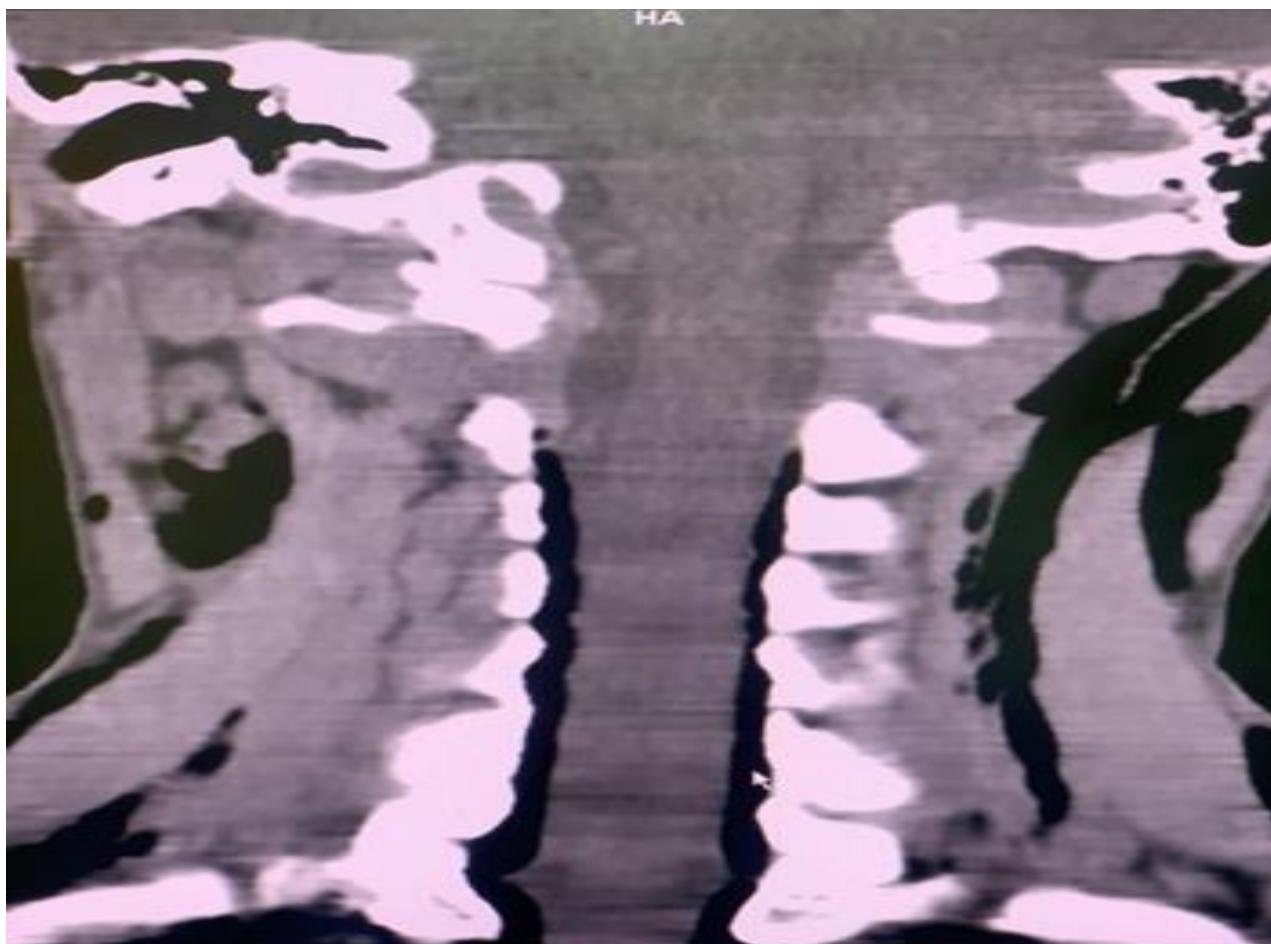


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

**Figura 2:** Tomografia computadorizada - Corte axial do canal vertebral



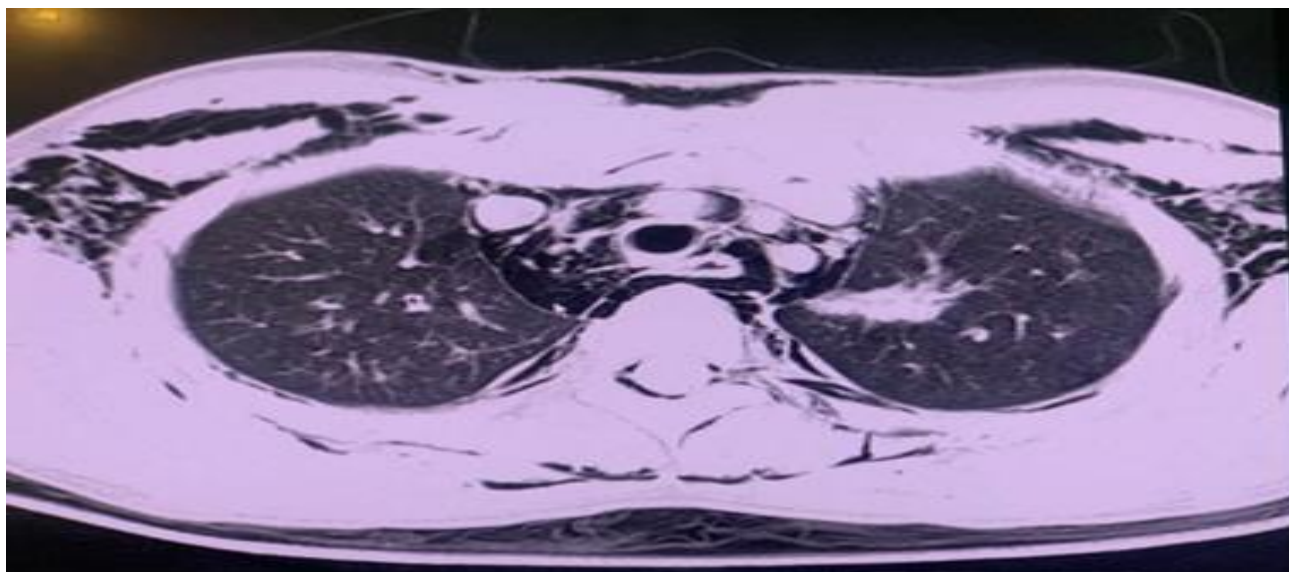
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

As imagens de tomografia nos cortes axial e coronal da coluna vertebral mostraram gás no canal vertebral e nos planos gordurosos e interfaciais superficiais e profundos, caracterizando pneumomediastino. Trata-se do mesmo local analisado em cortes diferentes, evidenciando a extensão da presença de ar pelos tecidos adjacentes. O achado evidencia a disseminação anormal de ar fora das vias respiratórias. Esses sinais são compatíveis com a síndrome de Hamman em paciente pediátrico.

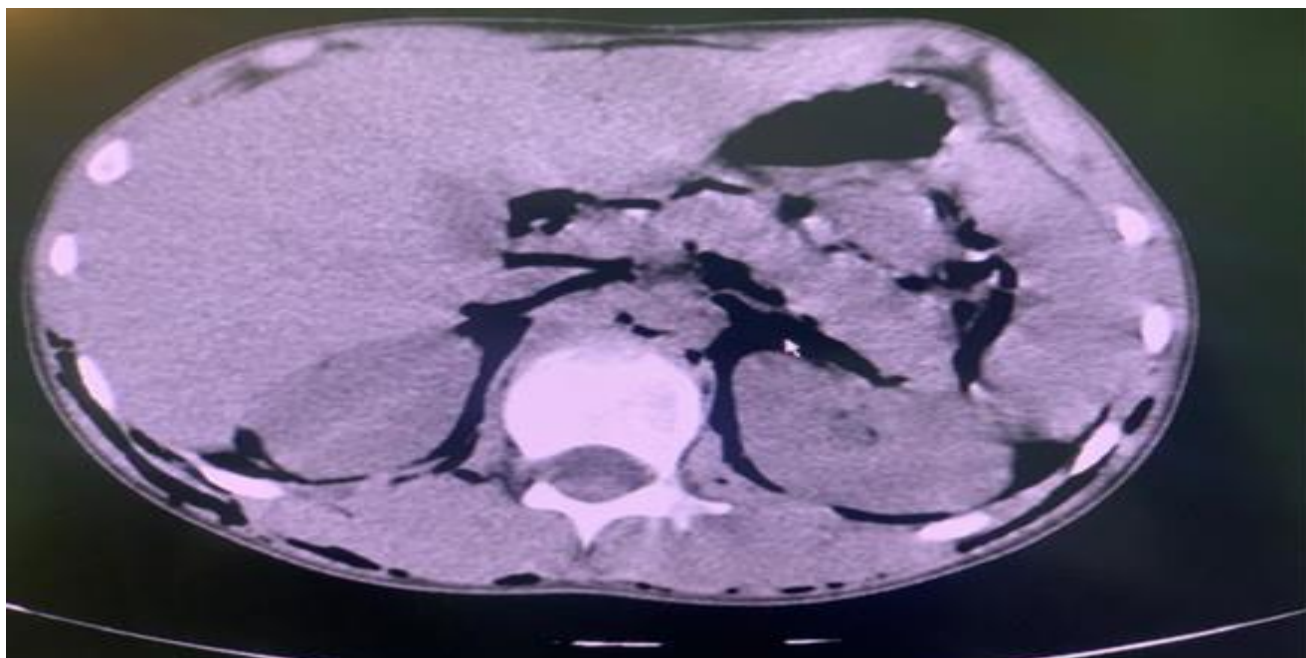
**Figura 4:** Tomografia computadorizada - Corte axial da região do tórax



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

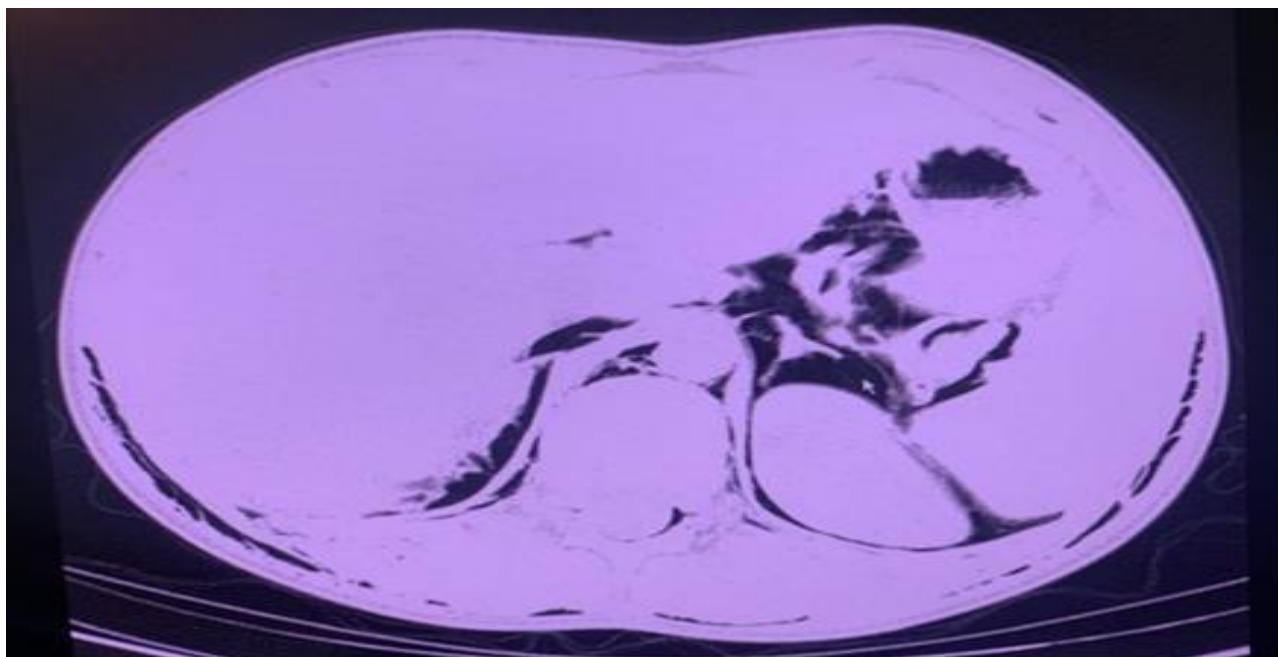
O exame de tomografia computadorizada de tórax, em corte axial, evidenciou a presença de gás distribuído no mediastino, estendendo-se ao canal vertebral, bem como aos planos gordurosos e intermusculares de maneira difusa.

**Figura 5:** Tomografia computadorizada - Corte axial da região intra-abdominal



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.





**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

No corte axial de tomografia da região intra-abdominal, observou-se gás difuso no abdômen e retroperitônio, envolvendo estruturas como rim, estômago e glândula suprarrenal. Esse achado indica presença anormal de ar em múltiplos compartimentos abdominais, sugerindo pneumoperitônio e pneumoretroperitônio difusos, com potencial gravidade clínica. Diante disso, os resultados radiológicos confirmam a presença de ar fora das vias respiratórias normais e reforçam a necessidade de acompanhamento clínico e radiológico do paciente.

### 3. Discussão

#### 3.1 Epidemiologia e apresentação clínica

O pneumomediastino espontâneo geralmente acontece quando há esforço respiratório súbito, tosse intensa, vômitos ou, em alguns casos, até episódios leves de sibilância (Sousa *et al.*, 2024). No caso que relatamos, o paciente apresentou apenas um episódio isolado de sibilância mostrando que mesmo sinais respiratórios discretos podem estar relacionados ao surgimento de ar no mediastino.

Para identificar e avaliar a extensão do pneumomediastino, os exames de imagem são essenciais. A tomografia computadorizada permite detectar ar em locais que podem passar despercebidos em radiografias simples, como no canal vertebral e nos planos gordurosos e

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

interfaciais, tanto superficiais quanto profundos (Mauro *et al.*, 2021). Essas informações estão de acordo com relatos na literatura pediátrica, que mostram que o ar tende a se espalhar pelos tecidos adjacentes ao mediastino.

No presente caso, observou-se também a presença de ar em regiões abdominais e retroperitoneais, envolvendo estruturas como o rim, o estômago e a glândula suprarrenal. Embora essa extensão seja incomum, já foi descrita em outros casos de pneumomediastino extenso (Montenegro *et al.*, 2025). Isso evidencia que o ar pode se deslocar pelos espaços de menor resistência nos tecidos, alcançando compartimentos vizinhos, o que reforça a importância de exames detalhados para avaliar corretamente a gravidade do quadro.

Na maioria dos pacientes pediátricos, a síndrome de Hamman se apresenta com sintomas leves, como dor torácica discreta, crepitação subcutânea ou sibilância, e tende a se resolver sozinha. No entanto, quando há disseminação do ar para regiões incomuns, como o retroperitônio e órgãos abdominais, o acompanhamento rigoroso se torna necessário (Albernaz *et al.*, 2022). A literatura aponta que, mesmo nesses casos, o tratamento conservador, com observação, oxigenoterapia e analgesia, costuma ser suficiente para a resolução do quadro.

Este relato mostra a importância de uma boa avaliação clínica, mesmo diante de sintomas aparentemente leves. O histórico detalhado e a observação cuidadosa podem orientar a necessidade de exames complementares e prevenir complicações futuras. Além disso, a integração entre a equipe médica e radiológica garante interpretação correta das imagens e segurança no manejo do paciente (Queiroz *et al.*, 2023).

O acompanhamento radiológico é fundamental, principalmente quando o ar se espalha por diferentes compartimentos. A tomografia computadorizada fornece informações detalhadas sobre a extensão do pneumomediastino, permitindo que os profissionais planejem a conduta adequada e identifiquem sinais de complicações precocemente, como compressão de estruturas ou instabilidade clínica (Mota; Martins; Soria, 2020).

### **3.2 Achados radiológicos e extensão do pneumomediastino**

A tomografia computadorizada é atualmente o exame de escolha para avaliar a presença e a extensão do ar fora das vias respiratórias normais. Ela permite identificar com precisão a localização do gás e sua dispersão pelos tecidos, o que é essencial para planejar o acompanhamento clínico do paciente (Bessa *et al.*, 2023). Em crianças, esse exame é particularmente importante, pois sinais radiográficos iniciais podem ser sutis e facilmente subestimados (Bonfleur, 2021).

Nos cortes axiais e coronais do paciente em questão, foi possível observar gás no canal vertebral, o que demonstra que o ar conseguiu se espalhar além do mediastino para regiões próximas

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

à coluna. Esse achado, embora menos comum, já foi descrito em casos pediátricos e indica que o ar segue trajetos de menor resistência nos tecidos (Mauro *et al.*, 2021).

Além do canal vertebral, o gás também estava presente nos planos gordurosos e interfaciais, tanto superficiais quanto profundos. Essa distribuição evidencia que o pneumomediastino não se limita apenas ao mediastino, mas pode se estender pelos espaços de tecido conjuntivo, acompanhando estruturas anatômicas ao redor (Pereira *et al.*, 2020).

Outro ponto importante foi a identificação de gás em múltiplos compartimentos, incluindo regiões abdominais e retroperitoneais (Mauro *et al.*, 2021). Embora essa extensão seja rara, casos similares foram relatados na literatura, especialmente em situações de pneumomediastino extenso. A presença de ar em diferentes regiões reforça a necessidade de observação clínica próxima, mesmo que o paciente apresente sintomas leves (Wajima *et al.*, 2023).

A análise das imagens também permite diferenciar o pneumomediastino de outras condições, como enfisema subcutâneo isolado ou complicações pós-trauma. Nos casos pediátricos, essa distinção é essencial, pois pode evitar intervenções desnecessárias e orientar o manejo conservador de forma segura (Barbosa *et al.*, 2022).

A disseminação do gás para regiões como o retroperitônio e órgãos abdominais evidencia que o ar tende a seguir trajetos de menor resistência, aproveitando espaços anatômicos que conectam o mediastino a compartimentos vizinhos. Esse comportamento explica por que, mesmo em episódios leves de sibilância ou tosse, pode ocorrer pneumomediastino de grande extensão em crianças (Guerra; Silva, 2020).

### 3.3 Manejo clínico

O manejo do pneumomediastino espontâneo em crianças é majoritariamente conservador, ou seja, baseado em observação clínica, suporte respiratório e controle dos sintomas, já que a evolução costuma ser benigna e a maioria dos pacientes se recupera sem intervenções agressivas (Cotrim; Emidio, 2024).

Isso se deve ao fato de a condição, embora rara, geralmente apresentar-se com sinais clínicos leves, como dor torácica, subcutâneo enfisema ou dispneia moderada, que não exigem procedimentos invasivos imediatamente. Normalmente, a decisão de internar ou não o paciente depende da estabilidade clínica. Em pacientes pediátricos estáveis, muitos autores reconhecem que hospitalização pode não ser sempre indispensável, sendo possível manejo ambulatorial com orientação e observação cuidadosa (Montenegro *et al.*, 2025).

A oxigenoterapia é um dos pilares do tratamento conservador, pois o fornecimento de oxigênio em concentrações adequadas acelera a absorção do ar presente nos tecidos extraluminais e

**Ano VI, v.1 2026 | submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

pode favorecer a resolução mais rápida do pneumomediastino. Além disso, a analgesia é recomendada para o alívio da dor torácica associada ao quadro, facilitando o conforto do paciente e ajudando a reduzir o estresse respiratório, que pode perpetuar a entrada de ar nos tecidos (Montenegro *et al.*, 2025).

A literatura também enfatiza que exames de imagem adicionais, como tomografia computadorizada (TC), são indicados de forma seletiva, com base na apresentação clínica. Em pacientes estáveis com radiografia diagnóstica clara, a TC pode não alterar significativamente o manejo inicial. No entanto, quando há disseminação extensa do ar para regiões como o retroperitônio ou tecidos adjacentes, como ocorreu no caso apresentado, o acompanhamento clínico rigoroso torna-se essencial, pois a extensão do ar pode estar associada a maior risco de complicações, mesmo que raras (Wajima *et al.*, 2023).

Estudos retrospectivos em centros pediátricos confirmam que praticamente todos os casos de pneumomediastino espontâneo primário que não apresentam comorbidades ou eventos desencadeantes graves evoluem bem com manejo conservador, sem necessidade de procedimentos adicionais ou recorrência significativa. Dessa forma, a abordagem deve sempre ser individualizada, ponderando o histórico clínico, os achados radiológicos e a resposta ao suporte inicial, em vez de seguir um protocolo rígido para todos os casos (Albernaz *et al.*, 2022).

A necessidade de intervenções invasivas, como drenagem ou cirurgia, é muito rara em pneumomediastino espontâneo e costuma estar reservada a situações secundárias a trauma, perfuração esofágica ou complicações associadas, que não configuram o quadro típico espontâneo em crianças (Pereira *et al.*, 2020). Ainda assim, o acompanhamento clínico atento e a repetição controlada de exames de imagem são importantes para acompanhar a resolução do ar extraluminal e assegurar que não haja evolução desfavorável, especialmente em casos com disseminação ampla, como o relatado (Pereira *et al.*, 2020).

Portanto, apesar de o pneumomediastino espontâneo e sua extensão em múltiplos planos teciduais poderem parecer alarmantes, o manejo conservador bem monitorado costuma ser eficaz e seguro na maioria dos casos pediátricos, reforçando a importância da avaliação clínica contínua e da integração dos achados radiológicos com a trajetória do paciente (Wajima *et al.*, 2023).

#### 4. Conclusão

O presente caso mostra que o pneumomediastino espontâneo em crianças, embora raro, pode surgir mesmo após um episódio leve de sibilância demonstrando que sinais respiratórios discretos podem ter repercussões importantes. Por isso, uma avaliação clínica detalhada e a análise cuidadosa do histórico do paciente são essenciais para identificar precocemente o quadro e definir a conduta



Ano VI, v.1 2026 | **submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**  
mais adequada.

Os exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada, foram fundamentais para avaliar a extensão do ar nos tecidos, revelando gás no canal vertebral, nos planos interfaciais e no retroperitônio, envolvendo inclusive órgãos abdominais. Esses achados mostram que, mesmo quando os sintomas são leves, o pneumomediastino pode se espalhar amplamente, reforçando a necessidade de exames radiológicos completos para orientar o manejo e prevenir complicações.

O manejo conservador, baseado em observação clínica, oxigenoterapia e analgesia, mostrou-se seguro e eficaz, em consonância com a literatura. Dessa forma, o caso evidencia que, com acompanhamento clínico e radiológico adequado, é possível garantir a recuperação completa do paciente sem intervenções invasivas, destacando a importância da integração entre avaliação médica e exames de imagem para a condução segura do pneumomediastino espontâneo em crianças.

## Referências

ALBERNAZ, Pedro Cardoso Siqueira *et al.* Síndrome de Hamman: um relato de caso. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 17, n. 2, p. 56-59, 2022.

BARBOSA, Paula Nicole Vieira Pinto *et al.* Drenagem percutânea de pneumomediastino hipertensivo guiada por tomografia computadorizada. **Radiologia Brasileira**, v. 55, p. 62-63, 2022.

BESSA, Elizabeth Jauhar Cardoso *et al.* Avaliação da heterogeneidade na distribuição da ventilação e sua correlação com testes de função pulmonar tradicionais e tomografia computadorizada em pacientes com artrite reumatoide. **Uerj**, 2023.

BONFLEUR, Débora Regina; REAL, Jéssica Villa; FILIPOV, Danielle. Estudo da viabilidade de Otimização dos protocolos Pediátricos em Exames de Tomografia Computadorizada de Crânio. **Revista Brasileira de Física Médica**, v. 15, p. 616-616, 2021.

FERREIRA, Fábio; CASTRO, Miguel. Hamman Syndrome: A Case Report of Interlobar Pneumothorax, Pneumopericardium, and Pneumorrhachis. **Cureus**, v. 16, n. 11, 2024.

GUERRA, Sônia; SILVA, João Paulo. Um Caso Grave de Pneumomediastino. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 32, n. 3, p. 29-30, 2020.

HUANG, Chienhsiu. Clinical feature and outcome of spontaneous pneumomediastinum. **Tungs' Medical Journal**, v. 16, n. 2, p. 61-65, 2022.

MATTAR, Beatriz Alvarez *et al.* Pneumomediastino espontâneo por cetoacidose diabética. **Revista Médica do Paraná**, v. 79, n. 2, p. 1677-1677, 2021.

MAURO, Alicia Arioli *et al.* Aspectos radiológicos de um pneumomediastino espontâneo associado



Ano VI, v.1 2026 | **submissão: 24/01/2026 | aceito: 26/01/2026 | publicação: 28/01/2026**

à infecção por Sars-CoV2: um relato de caso. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 2, n. 2, 2021.

MONTENEGRO, Leonardo *et al.* Pneumomediastino em paciente asmática, relevância do diagnóstico precoce: relato de caso. **BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA**  
**Учредители: GN1 Sistemas e Publicacoes Ltd.**, 2025.

MOTA, Laís Marques; MARTINS, Luiz Cláudio Behrmann; SORIA, Jean Pierre Canudas. Síndrome de Hamman com pneumorragia espontânea—um relato de caso. **RELATOS DE CASOS**, v. 64, n. 2, p. 267-269, 2020.

ORSO, Robson Silva Araújo *et al.* Enfisema Subcutâneo Em Região Cervical E Pneumomediastino Espontâneo Na Infecção: Relato De Caso. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 10, p. 5367-5374, 2025.

PEREIRA, Ester Miranda *et al.* Epidemiologia das Síndromes Cromossômicas no Estado do Piauí: Relato dos primeiros 100 exames de cariótipos realizados no Estado. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e0411931413-e0411931413, 2022.

PEREIRA, Amanda Siqueira *et al.* Pneumotórax, Pneumomediastino e Bolhas na COVID-19. **ULAKES JOURNAL OF MEDICINE**, v. 1, 2020.

QUEIROZ, Gabriel Moreira Furtado *et al.* Síndrome de Hamman: série de casos atendidos nos hospitais de urgência de Manaus-AM em 2021 e 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 4826-4834, 2023.

ROSINHAS, João Filipe Alves Mesquita; SOARES, Sara Maria Castelo Branco; PEREIRA, Adelina Branca Madeira. Hamman's syndrome. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, p. 433-433, 2018.

SILVA, Andréa Alves. Pneumomediastino Secundário A Diagnóstico De Covid-19 Em Paciente Jovem-Relato De Caso. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102056, 2022.

SOUSA, Rosa Célia Alves *et al.* Avaliação da sibilância em lactentes e crianças. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 11, p. 225-239, 2024.

WAJIMA, Leandro Taéo *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com pneumomediastino e covid-19 em unidade de terapia intensiva na região oeste do Paraná. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3494-3509, 2023.