



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1134 - ¡Doctor, quíteme el hipo!

N. Martínez Navarro<sup>a</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>b</sup>, C. García Balsalobre<sup>b</sup>, E. Cañada Cámara<sup>a</sup>, M. Pons Claramonte<sup>c</sup>, A. Cebrián Cuenca<sup>a</sup>, L. Monteagudo González<sup>d</sup>, A.C. Coman<sup>e</sup>, M.I. Gómez López<sup>f</sup> y C. Celada Roldán<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 51 años, con antecedentes de obesidad, hipertensión mal controlada y dislipemia, que consulta en Urgencias por hipo persistente y continuo de 10 de evolución, iniciándose súbitamente tras transgresión dietética sin náuseas, vómitos, dolor abdominal, ni alteraciones del hábito intestinal. Al inicio asoció sensación de molestia retroesternal opresiva y sudoración profusa que cedió a los minutos. Episodios de pirosis posprandial frecuente tras ingestas y con el decúbito, que en ocasiones interrumpe el descanso y asocia dolor en hipocondrio derecho autolimitado desde hace meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada la paciente presenta buen estado general con constantes estables (TA 12.090 mmHg, FC 90 lpm, FR 14 rpm). Auscultación cardiopulmonar normal. Nerviosismo evidente, diaforesis e hipo incoercible a una frecuencia de 6/min. Abdomen anodino. Bioquímica y hemograma normales. Radiografía torácica normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Ecografía abdominal con litiasis vesiculares sin dilatación de vía biliar.

**Juicio clínico:** Parálisis diafragmática por irritación frénica secundaria a esofagitis por reflujo.

**Diagnóstico diferencial:** El hipo incoercible súbito debe orientarnos a patología diafragmática (hernias diafragmáticas congénitas, adquiridas, hernias de hiato esofágico por deslizamiento o paraesofágicas), patología del nervio frénico (parálisis unilateral diafragmática secundaria a traumatismo, tumores pulmonares o mediastínicos, o parálisis bilateral por lesión medular cervical, enfermedad de motoneurona, polineuropatías...), patología pericárdica, etc.

**Comentario final:** El reflujo gastroesofágico posee una etiopatogenia multifactorial: incompetencia del esfínter esofágico inferior, obesidad, hipersecreción gástrica, enlentecimiento del vaciado gástrico... ocasionando pirosis y dolor retroesternal. Además provoca complicaciones importantes como la del caso, estenosis esofágica o hemorragias digestivas fatales, pudiendo evitarse desde atención primaria mediante diagnóstico y tratamiento precoz (consejos dietéticos y posturales y posteriormente tratamiento médico, precisando tratamiento quirúrgico menos del 5% de los pacientes).

## Bibliografía

1. Chang FY, Lu CL. Hiccup: mystery, nature and treatment. J Neurogastroenterol Motil. 2012;18:123-30.
2. Haas C, Degoutte E, Biclet P, Lowenstein W, Durand H. Intractable hiccup caused by hiatal hernia with esophagitis. Presse Med. 1989;18:634.

*Palabras clave:* Phrenic Nerve. Gastroesophageal reflux. Diaphragmatic hernia. Hiccup.