



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3853 - HIPO ENCOERCIBLE

E. Heras Manrique<sup>a</sup>, M. Carlos González<sup>b</sup>, D. Martínez Revuelta<sup>c</sup>, N. Santos Méndez<sup>d</sup>, V. Acosta Ramón<sup>e</sup> y M. El Sayed Soheim<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 51 años que acude al servicio de urgencias de atención primaria por presentar hipo persistente, sin molestias abdominales. AP: fumador de 7-10 cigarrillos al día. Exbebedor desde hace 3 años 100 g de etanol al día. Ex-ADVP. Fracturas lumbares tras precipitación. Trastorno adaptativo mixto. Síndrome ansioso-depresivo desde los 21 años. Dos intentos autolíticos. Dependencia OH en tratamiento con Antabus. Pancreatitis aguda hace 30 años. Ingreso por pancreatitis aguda de origen no filiado 10 días antes que evolucionó a la formación de un pseudoquiste gigante precisando drenaje mediante ecoendoscopia: drenaje colección pancreática. Colocación prótesis metálico en su interior prótesis plástica doble pigtail. Tratamiento habitual: bupropion, alprazolam, duloxetina, lormetazepam, trazodona, clorpromazina, paracetamol.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 140/65 mmHg. FC: 100 lpm. T: 38 °C. SatO<sub>2</sub>: 98%. Peso 98,4 kg. Consciente y orientado, eupneico en reposo, sudoroso. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: no doloroso, blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. Ruidos conservados en intensidad y frecuencia. No signos de peritonismo. Extremidades inferiores: no edemas. Se decide su traslado al S. de urgencias donde es valorado por el S. de digestivo quienes realizan Rx tórax que muestra tractos cicatriciales en bases pulmonares y TAC abdominal objetivando una disminución de la colección localizada región pararenal y gotiera izquierda respecto a previo. También se objetiva una disminución de la parte de la colección que se extiende por el meso. Esta colección presenta burbujas de aire en su interior, secundario al paso de aire a través del drenaje colocado desde cámara gástrica. Adenopatías retroperitoneales de aspecto reactivo.

**Juicio clínico:** Hipo persistente.

**Diagnóstico diferencial:** Reflujo gastroesofágico.

**Comentario final:** El hipo o singulto consiste en espasmos involuntarios del diafragma seguidos del cierre súbito de la glotis, que frena la entrada de aire y causa el sonido característico. Los episodios transitorios son muy comunes. El hipo persistente (> 2 días) y resistente al tratamiento (> 1 mes) es raro. En este caso al paciente se le había realizado un drenaje de pseudoquiste pancreático y tenía antecedentes personales de

alcoholismo. Tras recibir tratamiento con clorpromazina y baclofeno mejoró siendo dado de alta con hipo esporádico.

## Bibliografía

1. Manual Merck.

**Palabras clave:** Hipo. Incoercible. Clorpromazina.