



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1970 - HIP, HIP, HIPO

M. Nielfa González^a, I. Rivera Panizo^b, L. Rodríguez Vélez^c, A. del Rey Rozas^d, G. Rosario Godoy^e y E. Sáiz Lloldi^f

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazona. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia y cardiopatía isquémica. Acude a su Centro de salud consultando por clínica de hipo de 4 días de duración que no cesa y le interfiere con el descanso nocturno. Además refiere astenia intensa y polidipsia. No cuenta otra sintomatología acompañante. Ante dicha clínica su MAP solicita analítica completa con hemograma y bioquímica, ECG y Rx toráx.

Exploración y pruebas complementarias: FC 66 lpm, TA 119/63, T^a 36,1 °C, SaO₂ 97%. BEG, NH, NC, NP. No adenopatías. AC: rítmico, sin soplos. P: MVC abdomen: blando, no doloroso, no masas, no peritonismo, Murphy negativo. EEII: sin edemas ni datos de TVP. Hemograma sin alteraciones; Bioquímica: Glucosa: 557 mg/dl, HbA1c 12,6%; gasometría venosa pH: 7,39. Elemental y sedimento: microalbuminuria 37,6 mg/g. ECG y Rx tórax sin alteraciones.

Juicio clínico: Con estos resultados se diagnosticó de debut de diabetes mellitus tipo II por lo que se remitió a su hospital de referencia. Allí se inicio tratamiento insulínico hasta controlar glucemia y se dio de alta en tratamiento con antidiabéticos orales y seguimiento por su MAP.

Diagnóstico diferencial: El hipo de más de 48 horas de duración (persistente) puede revelar una enfermedad grave como daño en el SNC (infecciones, lesiones vasculares, traumatismos, tumores), daño del aparato digestivo (úlcera péptica, gastritis, esofagitis, cáncer gástrico, pancreatitis), lesiones torácicas (aneurisma de aorta, embolia pulmonar, pleuritis, empiema), lesiones cardíacas (miocarditis, pericarditis), causas tóxico-metabólicas (alcohol, DM, herpes zoster, hipocalcemia, hiponatremia), lesiones postoperatorias, farmacológicas y psicológicas (estrés, ansiedad).

Comentario final: El hipo es una contracción involuntaria y espasmódica del diafragma y de los músculos intercostales que produce una inspiración repentina y termina con el cierre abrupto de la glotis. Es un síntoma común y generalmente transitorio que afecta a casi todas las personas en algún momento de su vida. Sin embargo en alguna ocasión se vuelve persistente e intratable. Son muchas las patologías subyacentes a este síntoma y debemos conocerlas para hacer un adecuado diagnóstico diferencial. El tratamiento ha de hacerse de la causa subyacente, además existen diversos fármacos

siendo de primera elección el baclofeno.

Bibliografía

1. Cabane J, Desmet V, Derenne JP, et al. Chronic hiccups. Rev Med Interne. 1992;13:454.

Palabras clave: Hipo. Diabetes mellitus. Polidipsia.