



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

242/189 - HIPO INTRATABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Ortiz Romero^a, M. del Castillo Garrido Marín^b, C. Berteli Fuentes^b, J. Campos Domínguez^a, M. Aguado Navarro^c y D. Osuna Gil^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena Ciudad-Expo. Sevilla. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, exfumador, que acude a consulta de AP por salvas de hipo de 30 minutos de duración desde hace 40 días refractario a tratamiento con diazepam y baclofeno. Se deriva a Servicio de Urgencias y consultas de Medicina Interna, donde se instaura clorpromazina, sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: No adenopatías en cabeza o cuello. Disfonía. Hipo persistente durante la entrevista. Exploración neurológica, sin alteraciones groseras. Radiografía de tórax: hilio derecho engrosado con imagen compatible con atelectasia laminar basal. Analítica completa: normal. TAC tórax: nódulo pulmonar solitario de 9,5 × 7,4 mm en segmento posterior del LII de contorno lobulado sin espiculación de bordes. TAC abdomen: lesión pancreática de 23 mm con apariencia quística en la unión cabeza-cuerpo del páncreas. Gastroscopia: hernia hiatal por deslizamiento. Angiectasia en cara posterior de cuerpo gástrico. Espirometría: sin hallazgos. ECG: ritmo sinusal sin otros hallazgos de interés. TAC cráneo: LOE bulbar hiperdenso, lo que sugiere sangrado intralesional. RMN cerebral: lesión bulbar 25 × 18 mm compatible con hemangioblastoma vs metastásica, con zonas perilesionales compatibles con sangrado. Anatomía patológica: hemangioma cavernoso con signos de sangrado.

Juicio clínico: Hipo intratable en el contexto de hemangioma cavernoso bulboprotuberancial.

Diagnóstico diferencial: RGE, hernia hiatal, masas pancreáticas, neoplasias torácicas, esclerosis múltiple, neoplasias cerebrales, lesiones vasculares SNC, tóxicos, patología psiquiátrica.

Comentario final: Se derivó a Neurocirugía de Zona, donde se intervino, con evolución tórpida inicial por sobreinfecciones respiratorias nosocomiales y mejoría tras rehabilitación neurológica y respiratoria. El hipo, en la mayoría de los casos está causado por etiologías banales. Aún así, puede ser síntoma de patología orgánica grave que, aunque menos frecuente, también forma parte del diagnóstico diferencial. Debemos adoptar una actitud persistente y rigurosa a la hora de estudiar un caso de hipo persistente/intratable, elaborar minuciosamente la anamnesis, exploración física y plantear un buen diagnóstico diferencial. El tratamiento farmacológico constituye uno de los pilares terapéuticos que no siempre es eficaz.

Bibliografía

1. Lembo AJ. Overview of hiccups. UptoDate 2016.

2. García Vicente S, Martínez Lapiedra C, Cervera Centelles V. Hipo persistente. *Guías Clínicas*. 2002;2(38).
3. Capponi M, Accatino L, González-Hernández J. Hipo o singultus: fisiopatología y enfrentamiento del paciente. *Rev Memoriza*. 2010;6:25-31.
4. Nausheen F, Mohsin H, Lakhan S. Neurotransmitters in hiccups. *SpringerPlus*. 2016;5:1357.

Palabras clave: Hipo. Hemangioma. Cerebro.