

347/3411 - HIPO PERSISTENTE

P. Rubio Puerta^a, M. Millán Hernández^a, M. Cruz Arnés^b y L. Floristán García^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años sin alergias ni enfermedades, que presenta hipo desde hace 10 días que le imposibilita dormir. Asocia distensión abdominal y aerofagia, dolor esofágico bajo cuando tiene hipo, y odinofagia sin disfagia. No clínica neurológica, respiratoria, ni digestiva. No fiebre. No síndrome constitucional. No consumo de tóxicos ni alcohol. No mejoría pese a tratamiento hospitalario intravenoso con metoclopramida, clorpromacina y sulpiride, ni con cleboprida/simeticona y domperidona en su domicilio. Durante el ingreso recibió tratamiento vía oral con clorpromazina, sulpiride y omeprazol, con resolución del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, sin alteraciones llamativas salvo hiperemia faríngea y dolor epigástrico sin peritonismo. Analítica general, estudio inmunológico y gasometría normales. Proteinograma normal. ECG: normal. TC craneal: sin signos de patología intracraneal aguda. TC toracoabdominal: cambios de bronconeumonía crónica obstructiva. Gastroscopia: Incompetencia cardial. Test de ureasa positivo.

Orientación diagnóstica: Hipo secundario a reflujo gastroesofágico.

Diagnóstico diferencial: Central: Infecciosa, estructural (tumoraciones, esclerosis múltiple, hidrocefalia y siringomielia), vascular. Irritación del nervio vago o frénico. Gastrointestinal: aerofagia, distensión o irritación gástrica y esofágica, reflujo gastroesofágico, eventración diafragmática, pancreatitis, neoplasias, abscesos abdominales, enfermedad biliaria, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatitis. SIDA. Torácica: infecciosa, neumopatías crónicas, pleuritis, mediastinitis, tumores mediastínicos, traumatismo torácico, aneurisma y embolia pulmonar. Cardíaca: infarto y pericarditis. Tóxico-metabólica: uremia e hiponatremia. Medicamentosa: diazepam, barbitúricos, dexametasona, ciertos agentes quimioterapéuticos y alfa metildopa. Postoperatoria: anestesia general, intubación e irritación visceral. Psicógena: ansiedad, estrés, excitación y simulación.

Comentario final: El hipo persistente es objetivo de estudio, y su persistencia durante el sueño sugiere etiología orgánica. El estudio comienza con una anamnesis y exploración completa. El estudio básico debe incluir analítica completa, electrocardiograma, radiografía de tórax o TC de tórax, y gastroscopia si presenta síntomas esofágicos. El tratamiento inicial son las medidas físicas. Cuando no son eficaces, se inicia tratamiento con clorpromacina, metoclopramida o baclofeno. En casos rebeldes puede probarse la acupuntura o hipnosis, y en casos extremos la cirugía.

Bibliografía

1. Lewis JH. Hiccups: causes and cures. *J Clin Gastroenterol*. 1985;7:539.
2. Shay SS, Myers RL, Johnson LF. Hiccups associated with reflux esophagitis. *Gastroenterology*. 1984;87:204.
3. Viera AJ, Sullivan SA. Remedies for prolonged hiccups. *Am Fam Physician*. 2001;63:1684-6.

Palabras clave: Hipo. *Helicobacter pylori*.