

## Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria

M.C. Goñi Murillo

Médico de familia de Centro de Salud de Gozón. Luanco. Asturias.

La mayoría de las crisis de hipo son autolimitadas, y no suelen ser motivo de consulta. Cuando el hipo es persistente o recurrente, tiene gran repercusión en la calidad de vida de la persona y es entonces cuando se demanda asistencia.

En la mayoría de las crisis de hipo transitorio se desconoce cuál es su etiología.

La causa más frecuente de hipo persistente son las enfermedades gastroesofágicas.

El hipo puede ser manifestación de alguna enfermedad subyacente o signo de alarma de alguna complicación, como por ejemplo una dehiscencia de sutura en un postoperatorio. De ahí la importancia de hacer una historia clínica detallada, una exploración física completa y pruebas complementarias dirigidas para llegar al diagnóstico.

Reseño a continuación un protocolo para tener presente en la evaluación del paciente con hipo.

*Palabras clave:* hipo, Atención Primaria, etiología, terapéutica, derivaciones.

Most of the hiccup episodes are self-limited and are not generally a cause for consultation. When hiccup is persistent or recurrent, it has an important repercussion on the person's quality of life and that is when care is requested.

The etiology is unknown in most of the transient hiccup episodes. The most frequent cause of persistent hiccup is gastroesophageal diseases. Hiccup may be a manifestation of some underlying disease or sign of alarm of some complication such as suture dehiscence in a post-operative period. Thus, it is important to make a detailed clinical history, complete physical examination and complementary tests aimed at reaching a diagnosis.

In present a protocol to consider in the evaluation of the patient with hiccup in the following.

*Key words:* hiccup, Primary Health Care, etiology, therapy, referrals.

El hipo es un acto reflejo. Consiste en una contracción brusca y espasmódica del diafragma que provoca la sacudida de los músculos inspiratorios del tórax y del abdomen, seguida del cierre brusco de la glotis, lo que ocasiona un ruido característico al ser expulsado el aire de los pulmones con violencia<sup>1,2</sup>. En este reflejo intervienen las fibras aferentes de los nervios frénico y vago, las conexiones con el centro del hipo localizado en el tronco del encéfalo, y las vías eferentes, a través del nervio frénico, vago, nervios cervicales y torácicos<sup>1</sup>.

En función de la duración del hipo podemos clasificarlo<sup>3</sup> en:

1. Hipo transitorio: episodio de segundos o minutos de duración.

2. Hipo persistente: aunque no hay una definición clara, casi todos los autores lo definen como aquél con una duración mayor de 48 horas<sup>4,5</sup>.

3. Hipo recurrente: son episodios de hipo, generalmente algo más duraderos que el transitorio y repetidos con elevada frecuencia.

La mayoría de las crisis de hipo son autolimitadas y desaparecen al cabo de unos minutos. A pesar de ser algo muy frecuente, no tienen repercusión clínica, y no suelen ser motivo de consulta. Las causas del hipo transitorio más habituales se recogen en la tabla 1. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se desconoce su etiología<sup>1</sup>. A veces el hipo persiste en el tiempo, o se repite con gran frecuencia, siendo tremendamente molesto y con gran repercusión en la calidad de vida del paciente, lo que obliga a éste a solicitar ayuda a su médico. El hipo persistente puede ser una manifestación de alguna enfermedad subyacente o

Correspondencia: M.C. Goñi Murillo.  
Centro de Salud de Gozón.  
C/ El Rincón, 7.  
33440 Luanco. Asturias.

Recibido el 18-03-05; aceptado para su publicación el 14-06-05.

**Tabla 1. Causas de hipo transitorio**

Aerofagia y comidas copiosas  
 Distensión gástrica y enfriamiento en los lactantes  
 Tras ingesta de alcohol o bebidas gaseosas  
 Estados emocionales: estrés, ansiedad, risas  
 Cambios bruscos de temperatura: líquidos calientes o fríos

**Tabla 2. Causas de hipo persistente y recurrente**

1. Irritación del nervio frénico o vago
  - Esofagitis por ERGE o candidiásica, acalasia, divertículos esofágicos, cáncer de esófago
  - Distensión gástrica, tumores gástricos, gastritis crónica, úlcera gástrica
  - Obstrucción intestino delgado, ileo
  - Enfermedad pancreática o biliar: pancreatitis, colangitis
  - Ascitis, embarazo, laparotomía
  - Laringitis, faringitis
  - Cuerpo extraño en conducto auditivo externo
  - Bocio
  - Lesiones mediastínicas: tumores, mediastinitis, aneurisma de aorta
  - Derrame pleural, neumonía, TBC, cáncer de pulmón
  - Infarto de miocardio, derrame pericárdico
  - Irritación diafragmática: tumor, absceso subfrénico o hepático, hernia diafragmática
2. Lesiones del SNC
  - Procesos inflamatorios/infecciosos: encefalitis, meningitis, sífilis, VIH
  - Lesiones medulares: infarto por oclusión de arteria cerebelosa posteroinferior,iringomielia, tumores, hematomas, procesos desmielinizantes
  - Alteraciones circulatorias: arteriosclerosis cerebral, hipertensión intracraneal, hemorragia intracraneal
  - Traumatismos craneoencefálicos
  - Alcoholismo
3. Causas metabólicas
  - Uremia
  - Cetoacidosis diabética
  - Hiponatremia
  - Hipocalcemia
  - Hiperuricemia
  - Enfermedad de Addison
4. Fármacos: corticoides, alfa metildopa, benzodiacepinas, neurolépticos, barbitúricos de acción corta
5. Quirúrgicas: anestesia general, poscirugía abdominal
6. Psicógeno: histeria, ansiedad, simulación

ERGE: enfermedad de reflujo gastroesofágico; TBC: tuberculosis; SNC: sistema nervioso central; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

signo de alarma de alguna complicación, como por ejemplo una dehiscencia de sutura en un postoperatorio, por lo que el médico ha de abordarlo con gran cautela. La lista de causas de hipo persistente o recurrente es muy amplia y se recoge en la tabla 2. La causa más frecuente de hipo persistente son las enfermedades gastroesofágicas, alcanzando cifras del 76% en la serie de Launois et al<sup>6</sup>. Si bien el reflujo gastroesofágico puede ser causa de hipo, el hipo crónico puede también favorecer el reflujo<sup>4</sup>.

Quiero también reseñar el hipo como síntoma relativamente frecuente en el paciente con enfermedad terminal<sup>7-9</sup>. En estos pacientes el hipo puede ser consecuencia de la distensión gástrica por vaciamiento retardado, por menor motilidad (morfinas), o por compresión extrínseca

(hepatomegalia, ascitis, tumor abdominal). Con menor frecuencia se debe a uremia, infección o tumor intracraneal.

## ACTITUD ANTE EL PACIENTE CON HIPO

Ante un paciente con hipo persistente o recurrente es necesario hacer una historia clínica detallada, una exploración física completa y pruebas complementarias dirigidas para llegar al diagnóstico. Os presento a continuación un protocolo para tener presente en la evaluación del paciente con hipo persistente.

### Historia clínica

#### 1. Antecedentes personales:

- Existencia de episodios anteriores y/o duración.
- Hábitos tóxicos y fármacos.
- Enfermedades metabólicas conocidas, y otros antecedentes médicos.

#### 2. Enfermedad actual: investigar la existencia de sintomatología:

- Gastrointestinal: pirosis, regurgitación, disfagia, vómitos, dolor abdominal o torácico.
- Cardiorrespiratorio: tos, fiebre, disnea, dolor torácico.
- Neurológica: cefalea, síntomas de afectación del tronco del encéfalo como diplopía, vértigo, náuseas, ronquera, disfagia, torpeza, alteración de la sensibilidad dolorosa/térmica.
- Persistencia o no del hipo durante el sueño; si persiste durante el sueño orienta hacia enfermedad orgánica, y la no persistencia hace sospechar aerofagia o hipo psicógeno.
- Investigar la posible relación con algún agente desencadenante.

### Exploración física

- Constantes: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Exploración cardiorrespiratoria en busca de signos de enfermedad pleural o pericárdica.
- Exploración abdominal: signos de estasis gástrica (chapoteo gástrico), obstrucción intestinal, hepatomegalia.
- Exploración neurológica: pares craneales, pruebas cerebelosas, signos cordoneles y alteración de sensibilidad dolorosa y térmica.
- Exploración otorrinolaringológica (ORL): descartar presencia de cuerpo extraño en conducto auditivo externo, responsable del hipo.
- Función cognoscitiva: puede estar alterada en trastornos metabólicos y encefalitis.

### Pruebas complementarias

Orientadas por la historia clínica y los hallazgos de la exploración:

- Analítica: hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), glucemia, urea, creatinina, calcio, sodio, potasio, ácido úrico y pruebas de función hepática.
- Radiografía (Rx) de tórax y electrocardiograma (ECG), para descartar enfermedad pleural o miocárdica. En la Rx de tórax hay que prestar especial atención al mediastino.
- Gastroscopia ante sospecha de patología esofágica o gástrica.

– Tomografía axial computarizada (TAC) torácica si se sospecha enfermedad mediastínica.

– TAC abdominal ante sospecha de lesión hepática o subdiafragmática.

– Resonancia magnética (RM) craneal, estudio electromiográfico (EMG), etc., si se sospecha patología neurológica.

Con una cuidadosa historia clínica, una exploración física detallada y con las pruebas complementarias disponibles en Atención Primaria, llegaremos en muchas ocasiones al diagnóstico definitivo y podremos iniciar un tratamiento etiológico y sintomático. No obstante, hay algunas situaciones en que nos vemos obligados a derivar al paciente con hipo a servicios hospitalarios como son:

1. Hipo persistente o recurrente causado por patología que precisa para su diagnóstico de los servicios hospitalarios, porque con los medios que disponemos en Atención Primaria no se descubre la causa.

2. Todo hipo que no responde a medidas físicas y a los fármacos indicados.

## TRATAMIENTO

Siempre que identifiquemos la causa subyacente, y si se puede, hay que hacer un tratamiento etiológico (sobre todo en aquellas causas reversibles).

Aunque hay descritas cerca de un centenar de maniobras físicas, y varios tratamientos farmacológicos, en la actualidad no se dispone de ensayos randomizados y controlados acerca del tratamiento del hipo. De todos los tratamientos farmacológicos, es el baclofeno (antagonista del ácido gammaaminobutírico [GABA]) el único que tiene algunos ensayos terapéuticos, pero con resultados contradictorios<sup>10,11</sup>, aunque sí parece comprobado que la respuesta al baclofeno es mejor si la duración del hipo es menor de 1 año, por lo que éste debería intentarse de forma temprana.

Cualquier maniobra que produzca una estimulación vagal es capaz de acabar con un episodio de hipo. Ante un paciente con hipo siempre hay que comenzar con una o varias de estas maniobras físicas.

Los posibles tratamientos están recogidos en la tabla 3.

En casos graves y refractarios a tratamientos farmacológicos puede ser necesario el bloqueo del nervio frénico izquierdo o la interrupción de la transmisión mediante la estimulación eléctrica transcutánea del nervio frénico cervical.

A continuación, voy a exponer un caso práctico que ilustra la importancia del hipo como síntoma de enfermedad subyacente.

## CASO CLÍNICO

Varón de 69 años alérgico a penicilina, sin hábitos tóxicos. Como antecedentes personales: estreñimiento crónico, espondilitis anquilopoyética diagnosticada en el año 1988, anemia crónica, prótesis de ambas caderas y laminectomía lumbar por compresión radicular en cola de caballo secundaria a la enfermedad reumatológica. En tratamiento con *Plantago ovata* y analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

**Tabla 3. Tratamiento del hipo persistente y recurrente**

### 1. Maniobras físicas

Presionar sobre ambos conductos auditivos externos

Estímulo faríngeo mediante: tracción de la lengua, provocar estornudos, tragar trozos de terrones de azúcar, beber pequeños sorbos de agua fría, estimular con sonda nasogástrica, levantar la úvula con una cucharilla fría, etc.

Retener la inspiración elevando la presión del diafragma (maniobra de Valsalva)

Respirar dentro de una bolsa de papel

En el hipo inducido por alcohol, beber un refresco amargo

Estímulo parasimpático mediante: masaje rectal

### 2. Tratamiento farmacológico

Supresión central del reflejo del vómito:

Clorpromazina 25 mg im y continuar con 5 mg/6-8 h vo

Valproato sódico 500-1.000 mg al acostarse

Distensión gástrica:

Metoclopramida 10-20 mg/6-8 h vo

Domperidona 10-20 mg/6-8 h vo

Maalox 10 ml después de las comidas

Otros fármacos utilizados:

Baclofeno 5-15 mg/8 h vo

Haloperidol 2-12 mg im

Amitriptilina 2-12 mg im

Difenilhidantoína 200 mg iv y continuar con 100 mg/6 h vo

Nifedipino 5-10 mg/8 h vo

Carbamazepina 200-400 mg/8 h vo

Si la causa del hipo es tumor cerebral:

Dexametasona

### 3. Interrupción de la transmisión del nervio frénico

Estimulación eléctrica transcutánea del nervio frénico cervical

Bloqueo del nervio frénico izquierdo

im: por vía intramuscular; vo: por vía oral; iv: por vía intravenosa.

Acude a consulta por presentar hipo de 1 semana de evolución, continuo, que le impide dormir por las noches. Había acudido 2 días antes a un servicio de atención continuada donde le pusieron 25 mg por vía intramuscular de clorpromacina (largactil) sin evidenciar ninguna mejoría.

Interrogando al paciente reconoció presentar molestias epigástricas preferentemente nocturnas con sensación de distensión abdominal.

A la exploración física: discreta distensión abdominal y dolor a la palpación en epigastrio, sin visceromegalias, con peristaltismo normal y tacto rectal normal. El resto de la exploración física fue normal.

A la espera de los resultados de las pruebas complementarias, se decide iniciar tratamiento con domperidona (Motilium) 10 ml previo a las 3 comidas principales, y omeprazol 20 mg/día.

En la analítica encontramos: hemoglobina (Hb) 10,2 g/dl, 4,4 leucocitos (52% neutrófilos, 36% linfocitos, 9% monocitos, 2% eosinófilos y 1% basófilos), VSG 38. Bioquímica: urea 72 mg/dl, creatinina (Cr) 2,09 mg/dl, con 34 ml/min de aclaramiento de creatinina, aspartato aminotransferasa (AST) 54 UI/l, transaminasa glutámico oxalacética (GOT) 8 UI/l, fosfatasa alcalina 176 UI/l, bilirubina (Bb) total 1, hierro 36 µg/dl, capacidad de combinación del hierro (TIBC) 406 µg/dl, saturación de transferrina 9%. El resto de la bioquímica dentro de parámetros normales.

En la Rx de tórax: alteraciones a nivel de columna compatibles con la enfermedad reumatológica y alteraciones seniles pulmonares.

Se decidió completar el estudio con una gastroscopia, Eco y colonoscopia. En la gastroscopia se vio una gastritis crónica superficial, con *Helicobacter pylori* negativo. En la Eco abdominal: hígado compatible con esteatosis hepática, y resto de exploración normal. En la colonoscopia se hallaron divertículos de pequeño tamaño en sigma.

La evolución del cuadro fue muy favorable, y las 48 horas de iniciar el tratamiento el hipo ya había desaparecido. Los diagnósticos, una vez concluido todo el estudio fueron: hipo secundario a distensión gástrica y gastritis crónica por AINE, anemia ferropénica, alteración de pruebas de función hepática con esteatosis hepática y divertículos en sigma.

## CONCLUSIÓN

Como resumen, quiero insistir en la necesidad de realizar una historia clínica detallada junto con una minuciosa exploración física y reafirmar la labor del médico de familia como primer responsable del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esta sintomatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martin CJ, Cox M. Hipo. Salud Rural. 2002;19:57-63.
2. Problemas abdominales, de la digestión y de la evacuación. Guía de actuación en Atención Primaria de Semfyc. 2.ª ed. 2003; Unidad 10.5-CD-ROM.
3. Salgado Marques R. Hipo, en Guía de actuación en urgencias. McGraw-Hill – Interamericana de España, S.A.U.; 1999. p. 142-4.
4. Kolodzik PW, Eilers MA. Hiccups (singultus): review and approach to management. Ann Emerg Med. 1991;20:565-73.
5. Souadjian JV, Cain JC. Intractable hiccup: etiological factors in 220 cases Postgrad Med. 1998;43:72-7.
6. Launois S, Bizec JL, Whitelaw WA, Cabane J, Derenne JP. Hiccup in adults: an overview. Eur Respir J. 1993;6:563-75.
7. Cuidados paliativos. Recomendaciones SemFYC. Barcelona; 1998.
8. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de síntomas. Recomendaciones de la SECPAL. Las Palmas de Gran Canaria; 2000.
9. González Barón M. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Editorial Panamericana. 1995.
10. Pérez del Molino A, Sanpedro I, González Macías. Tratamiento del hipo "intratable" con Baclofeno. Rev Clin Esp. 1996;831-3.
11. Guelaud C, Similowski T, Bizec JL, Cabane J, Whitelaw WA, Derenne JP. Baclofen therapy for chronic hiccup. Eur Respir J. 1995;5:235-7.