

## Hipo persistente de 10 años de evolución

Sr. Editor:

El hipo o singultus es uno de los síntomas más frecuentes y molestos, generalmente es benigno y transitorio<sup>1,2</sup>. Se produce por contracciones espasmódicas, súbitas e involuntarias del diafragma, seguidas del cierre brusco de la glotis, provocando el sonido característico. El hipo puede ser clasificado según su duración en: agudo (menos de 48 h), persistente (se presenta en forma de un ataque prolongado o ataques recurrentes durante más de 48 h) y rebelde (se mantiene de forma continua durante más de dos meses)<sup>1,3</sup>. Presentamos el caso de un paciente con hipo de diez años de evolución.

Paciente de 72 años con antecedentes personales de síndrome depresivo, hernia de hiato, hábito enólico y hepatopatía crónica de origen enólico de más de doce años de evolución. El paciente presentaba hipo persistente, diario y mantenido en el tiempo desde hacía 10 años. En el seguimiento a lo largo de este tiempo, realizado por Medicina Interna y Atención Primaria, el paciente había recibido diferentes tratamientos (clorpromazina, metoclopramida, gabapentina, haloperidol y carbamacepina) sin conseguir controlar el hipo de forma óptima. Se habían realizado diferentes estudios: TAC craneal (leve aumento del tamaño triventricular y atrofia de predominio cortical), TAC torácico (tractos lineales pleuro-parenquimatosos en vértice pulmonar derecho con engrosamiento apical y calcificaciones asociadas), TAC abdominopélvico (engrosamiento de tercio distal del esófago, concéntrico e inespecífico. Hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático derecho con signos de hepatopatía crónica), gastroscopia (mucosa sonrosada de aspecto ectópico y bordes geográficos por encima de áreas aisladas de depósito de fibrina. Mucosa antral eritematosa). En la anatomía patológica se evidenció mucosa esófago-columnar con hiperplasia alveolar sin atipia e infiltrado inflamatorio en lámina propia. No se evidencian microorganismos ni células atípicas.

El paciente se encontraba en tratamiento con esomeprazol y gabapentina (300 mg/8 h) a pesar de lo cual persistía el hipo. Desde Medicina Interna se decidió cambiar gabapentina por baclofen (10 mg/12 h), tratamiento que fue efectivo y consiguió controlar el hipo a los siete días del inicio.

El tratamiento del paciente con hipo persistente es un verdadero desafío para el clínico. Las opciones

terapéuticas se pueden dividir en no farmacológicas y farmacológicas. Las medidas no farmacológicas consisten, básicamente, en realizar una apnea forzada y respirar en una bolsa (el aumento de la concentración de dióxido de carbono inhibe el hipo) y la estimulación vagal (paso de una sonda nasogástrica, masaje rectal u oxigenoterapia). Respecto a los fármacos, se debe iniciar con clorpromazina (25 mg/8 h)<sup>3,4</sup>, siendo el único fármaco reconocido por la *Food and Drug Administration* (FDA). Si la respuesta es satisfactoria, se debe suspender a las 24 h sin hipo, en caso de que a los 7-10 días de tratamiento el hipo persista se debe pensar en otra opción terapéutica. El fármaco de segunda elección es metoclopramida (10 mg/6-8 h durante 7-10 días)<sup>3,4</sup>. Otros fármacos empleados son anticonvulsivantes (fenitoína, ácido valproico, gabapentina, carbamacepina), antipsicóticos (haloperidol), antidepressivos (amitriptilina), beta-bloqueantes (carvedilol), y baclofeno (5-20 mg/6-12 h)<sup>4</sup>. El baclofeno es un agonista del ácido gammaaminobutírico (GABA), inhibe la motoneurona presináptica y se usa como agente antiespástico, disminuye la actividad del centro del hipo de la médula espinal, lo cual provoca que el diafragma se relaje<sup>4</sup>. Los efectos secundarios son sedación, ataxia, delirio, alucinaciones y astenia. Algunos estudios sugieren que la respuesta a baclofeno es mejor si la duración del hipo es menor a un año, por lo que debería probarse su tratamiento de forma precoz<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pankl S, Quezel MA, Bruetman JE, Finn BC, Young P. Hipo, un desafío diagnóstico. *Medicina* (Buenos Aires) 2014;74(1):57-59.
2. Capponi M, Luigi A, González-Hernández J. Hiccups or Syngultus: Pathophysiology and approach to the patient *Revista Memoriza.com* 2010; 6:25-31.
3. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. *J Support Oncol*. 2009;7(4):122-127.
4. Full-Young C, Ching-Liang L. Hiccup: mystery, nature and treatment. *J Neurogastroenterol Motil* 2012;18:123-30.

**Gargantilla Madera P<sup>a,b</sup>, Pintor E<sup>b</sup>, Madrigal JF<sup>c</sup> y Aymerich A<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de El Escorial. Madrid (España).

<sup>b</sup>Universidad Europea. Madrid (España).

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias. Hospital de El Escorial. Madrid (España).

Correo electrónico:  
pgargantillam@gmail.com