



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1134 - ¡DOCTOR, QUÍTEME EL HIPO!

N. Martínez Navarro^a, M. Rodríguez Alonso^b, C. García Balsalobre^b, E. Cañada Cámara^a, M. Pons Claramonte^c, A. Cebrián Cuenca^a, L. Monteagudo González^d, A.C. Coman^e, M.I. Gómez López^f y C. Celada Roldán^g

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^cMédico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, con antecedentes de obesidad, hipertensión mal controlada y dislipemia, que consulta en Urgencias por hipo persistente y continuo de 10 de evolución, iniciándose súbitamente tras transgresión dietética sin náuseas, vómitos, dolor abdominal, ni alteraciones del hábito intestinal. Al inicio asoció sensación de molestia retroesternal opresiva y sudoración profusa que cedió a los minutos. Episodios de pirosis posprandial frecuente tras ingestas y con el decúbito, que en ocasiones interrumpe el descanso y asocia dolor en hipocondrio derecho autolimitado desde hace meses.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada la paciente presenta buen estado general con constantes estables (TA 12.090 mmHg, FC 90 lpm, FR 14 rpm). Auscultación cardiopulmonar normal. Nerviosismo evidente, diaforesis e hipo incoercible a una frecuencia de 6/min. Abdomen anodino. Bioquímica y hemograma normales. Radiografía torácica normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Ecografía abdominal con litiasis vesiculares sin dilatación de vía biliar.

Juicio clínico: Parálisis diafragmática por irritación frénica secundaria a esofagitis por reflujo.

Diagnóstico diferencial: El hipo incoercible súbito debe orientarnos a patología diafragmática (hernias diafragmáticas congénitas, adquiridas, hernias de hiato esofágico por deslizamiento o paraesofágicas), patología del nervio frénico (parálisis unilateral diafragmática secundaria a traumatismo, tumores pulmonares o mediastínicos, o parálisis bilateral por lesión medular cervical, enfermedad de motoneurona, polineuropatías...), patología pericárdica, etc.

Comentario final: El reflujo gastroesofágico posee una etiopatogenia multifactorial: incompetencia del esfínter esofágico inferior, obesidad, hipersecreción gástrica, enlentecimiento del vaciado gástrico... ocasionando pirosis y dolor retroesternal. Además provoca complicaciones importantes como la del caso, estenosis esofágica o hemorragias digestivas fatales, pudiendo evitarse desde atención primaria mediante diagnóstico y tratamiento precoz (consejos dietéticos y posturales y posteriormente tratamiento médico, precisando tratamiento quirúrgico menos del 5% de los

pacientes.

Bibliografía

1. Chang FY, Lu CL. Hiccup: mystery, nature and treatment. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18:123-30.
2. Haas C, Degoutte E, Biclet P, Lowenstein W, Durand H. Intractable hiccup caused by hiatal hernia with esophagitis. *Presse Med.* 1989;18:634.

Palabras clave: *Phrenic Nerve. Gastroesophageal reflux. Diaphragmatic hernia. Hiccup.*