



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2246 - SINGULTUS

N. Rodríguez Panedas^a, I. Campuzano Juárez^b, E. Shimabukuro Higa^c, M. Rubio González^c, C. Navas Aller^d y S. Calvo Sardon^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 74 años, sin alergias. Intolerancia a la lactosa. Exfumador. Abscesos hepáticos por Klebsiella. Diverticulitis, síndrome depresivo, neumonías de repetición, placas pleurales. IQ: basalioma ala nasal. Tratamiento: mirtazapina, fluoxetina, alprazolam. Acude a consulta por presentar hipo intermitente desde hace 5 días, de intensidad creciente. Se desencadena predominantemente con ingesta/deglución. El día previo comienza con vómitos tras ingestas, ocasionalmente en “posos de café”. No dolor abdominal, fiebre ni alteración del tránsito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: TA 117/75. FC 63. SatO2 94%. Afebril. BEG, normohidratado, normocoloreado. ACP normal. Abdomen: blando, depresible, dolor leve en FII sin peritonismo. Dada la clínica sugestiva de hematemesis asociada a hipo persistente se deriva a Urgencias, no objetivándose restos hemáticos en SNG y al permanecer hemodinámicamente estable ingresa en Digestivo para estudio. Analítica Urgencias: hemograma, hemostasia sin alteraciones. Bioquímica: glucosa 106, Cr 1,04, GPT 20, GOT 22, BT 0,36, amilasa 63, lipasa 25, PCR 5. Gastroscopia: esofagitis péptica grado IV. Histología: cambios inflamatorios crónicos sin datos de malignidad. TAC toracoabdominal: placas pleurales calcificadas. Esteatosis hepática. Divertículos de sigma sin otras alteraciones. Se instaura tratamiento sintomático con clorpromazina y terapia antirreflujo, desapareciendo la clínica. Buena evolución posterior.

Juicio clínico: Esofagitis péptica grado IV. Hipo persistente secundario.

Diagnóstico diferencial: Irritación de nervios frénico-vago por causas digestivas, ORL, torácicas o diafragmáticas, lesiones SNC, causas tóxico-metabólicas, postoperatorio, psicógeno.

Comentario final: La mayoría de las crisis de hipo son autolimitadas y sin repercusión clínica. El hipo persistente puede ser manifestación de enfermedades subyacentes o signo de alarma de complicaciones, por lo que debe abordarse con cautela y realizar una historia clínica detallada, exploración física completa y pruebas complementarias dirigidas para llegar al diagnóstico. La causa más frecuente es la patología gastroesofágica.

Bibliografía

1. Goñi-Murillo MC. Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria. *Semergen*. 2006;32:233-6.
2. Pankl S, Quezel MA, Bruetman JE, Finn BC, Young P. Hipo, un desafío diagnóstico. *Medicina (Buenos Aires)*. 2014;74:57-9.
3. Del Valle-Llufrió P, Ramos-Pachón CM. Hipo Persistente como forma de presentación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Med Electrón*. 2013;35(6).
4. Petroianu GA, Symptomatic care pending diagnosis; hiccups. In: Bope ET, Kellerman RD, eds. *Cohn's Current Therapy*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013.

Palabras clave: Hipo. Esofagitis por reflujo.