

Hipo Persistente como forma de presentación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Persistent hiccup as a presentation form of the disease for gastro-esophageal reflux

Dr. Pedro del Valle Llufrío, Dr. Carlos Manuel Ramos Pachón

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.
Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El hipo persistente (singultus) es aquel que se presenta en forma de un ataque prolongado o ataques recurrentes durante un tiempo determinado, generalmente más de 48 horas, suele resolverse sin tratamiento farmacológico, pero puede ser necesario administrarlo y plantear su estudio etiológico. Esta entidad infrecuente se presenta en un hombre de 63 años, con historia de singultus desde hace tres años, que aparece fundamentalmente posterior a la ingestión de alimentos y persiste durante varios minutos u horas, todos los días. Las causas del singultus pueden ser gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, hernia del hiato, esofagitis, úlcera gástrica, pancreatitis, carcinoma esofágico, masas hepáticas, ascitis, cirugía abdominal), neurológicas, vasculares, torácicas, metabólicas, tóxicas, fármacos y otras. Se le realiza interrogatorio y examen físico minucioso, electrocardiograma, rayos X de tórax y abdomen, analítica sanguínea, ultrasonido abdominal, Endoscopia superior, tomografía de tórax y abdomen, además de Manometría esofágica y la prueba terapéutica con omeprazol, diagnosticándose una enfermedad de reflujo gastroesofágico. Se pone tratamiento basado en medidas populares, y medicamentos del síntoma fundamental con clorpromacina (tabletas de 25mg): 1 tableta cada 8 horas, obteniendo mejoría ostensible del mismo, hasta el momento en que se diagnóstica la causa etiológica, donde se pone tratamiento específico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico con omeprazol (20mg): 1 Cápsula cada 12 horas y domperidona, obteniendo la desaparición del síntoma que causó la consulta inicial del paciente.

Palabras clave: hipo, hipo persistente, singultus.

ABSTRACT

The persistent hiccup (singultus) is the one that shows up as a prolonged attack or recurrent attacks during a determinant period of time, generally, more than 48 hours. It uses to resolve without a pharmacological treatment, but it could be necessary a treatment and posing its etiological study. This infrequent entity is presented in a man, aged 63 years, with a history for three years, appearing mainly after the food intake and persisting for several minutes or hours, every day. The singultus's causes may be gastrointestinal (gastro-esophageal reflux, hiatal hernia, esophagitis, gastric ulcer, pancreatitis, esophageal carcinoma, hepatic masses, ascites, abdominal surgery), neurological, vascular, thoracic, metabolic, toxic, medicine, and others. We performed a questioning and a meticulous physical examination, an electrocardiogram, thorax and abdominal X-rays, blood analyses, abdominal ultrasound, superior endoscopy, thoracic and abdominal tomography, in addition to esophageal manometry and the therapeutic test with Omeprazol, diagnosing a gastro-esophageal reflux disease. We prescribed a treatment based on popular measures, and medication for the main symptom with chlorpromazine (25 mg tablets): 1 tablet each 8 hours, achieving a clear improvement of the symptom until the moment when the etiological cause was diagnosed and a specific treatment for the gastro-esophageal reflux disease was ordered with omeprazole (20 mg): 1 capsule each 12 hours and domperidona, reaching the disappearance of the symptom that caused the patient's initial consultation.

Key words: hiccup, persistent hiccup, singultus.

INTRODUCCIÓN

El hipo se define como una serie de contracciones espasmódicas, súbitas e involuntarias de la musculatura inspiratoria, principalmente el diafragma, seguidas de un cierre brusco de la glotis, lo que origina un sonido peculiar y característico. Es un problema generalmente benigno y transitorio, culturalmente gracioso, la mayoría de las veces idiopático.⁽¹⁾

Su fisiopatología no es bien conocida y las conexiones centrales no han sido todavía bien definidas, pero se ha postulado la existencia de un arco reflejo en el que estarían implicados el nervio frénico, la cadena simpática y el X par craneal y sus ramas, en una hipotética rama aferente del arco reflejo, a continuación centros cerebrales respiratorios, la formación reticular activadora ascendente y el hipotálamo, como mediadores centrales y, finalmente, los nervios de la glotis y de los músculos intercostales como rama eferente. El vago o X par craneal es parte del arco reflejo que se ha establecido como mecanismo de producción del hipo. Forma parte del sistema parasimpático bulbar o rombo encefálico que comprende las fibras eferentes que corren con el nervio intermedio de Wrisberg, en el glossofaríngeo y en el vago. Del núcleo motor dorsal del vago, situado en el suelo del IV ventrículo, nacen la mayor parte de las fibras preganglionares, siguiendo al vago y a sus ramificaciones, se distribuyen en los ganglios periféricos, de los cuales parten fibras posganglionares para la mayor parte del aparato digestivo, para el aparato respiratorio y el corazón y grandes vasos, riñones, formando, junto con las fibras simpáticas, los diferentes plexos viscerales torácicos y abdominales. Este sería el papel en la coordinación y ejecución del arco reflejo del hipo. El hipo agudo

(duración inferior a 48 h) se debe habitualmente a causas benignas como distensión gástrica, ingesta rápida, cambios en la temperatura gástrica, consumo excesivo de tabaco o alcohol y estrés emocional. El hipo mantenido más de 48 h se denomina persistente, y aquel que persiste más de 2 meses se considera intratable (y se denomina como singultus). El hipo persistente interfiere de forma importante la vida del paciente, llegando a producir malnutrición e incapacidad. Se han identificado cerca de 100 causas de hipo persistente, las más frecuentes son de origen gastrointestinal, y muchas de ellas graves. A pesar de su importancia, éste es un fenómeno poco estudiado, existiendo muchas dudas en la actualidad, tanto en su fisiopatología como en las causas que lo producen.⁽²⁻⁵⁾

El primer médico en abordar el tema fue Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.), incrementándose el conocimiento del tema en el siglo XX por Thomas Shortt en 1833 y 1943 Hamilton Bailey en 1943.⁽⁶⁾

Así, singultus es aquel que se presenta en forma de un ataque prolongado o ataques recurrentes de hipo durante un tiempo determinado, generalmente más de 48 horas, suele resolverse sin tratamiento farmacológico, pero puede ser necesario administrarlo y plantear su estudio etiológico.⁽⁷⁻¹⁰⁾

Los síntomas típicos de la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico son la pirosis y la regurgitación ácida, los cuales constituyen un criterio diagnóstico de la enfermedad, especialmente si se alivian con tratamiento antisecretor. La disfagia y la odinofagia son síntomas de alarma que obligan a la realización de una endoscopia. Pero existen síntomas inespecíficos que pueden indicar la necesidad de realización de pruebas complementarias, como la endoscopia y la pH-impedanciometría esofágica en busca de esta entidad donde se incluyen el hipo, las náuseas, dolor torácico o sensación de globo.^(11,12)

Este caso reviste importancia por lo infrecuente que resulta el singultus como forma de presentación de la Enfermedad de Reflujo gastro esofágico (ERGE), pues aunque si se plantea por muchos como una causa de este no existen muchos casos reportados como forma de presentación de la entidad lo cual puede resultar de interés a la comunidad médica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 63 años de edad, referido al servicio de Gastroenterología del "Hospital Faustino Pérez" por padecer de Hipo Persistente en los últimos 3 años, durante este tiempo el paciente ha realizado múltiples remedios caseros populares y ha acudido a varios facultativos, sin encontrar alivio a su dolencia. El mismo refiere que el hipo aparece después de ingerir los alimentos en la mayoría de las ocasiones y una vez que aparece tarda varios minutos y hasta horas en desaparecer.

Datos de interés al interrogatorio:

Antecedentes Patológicos Personales: no refiere enfermedades crónicas, no hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas.

Los autores conocen de algunas medidas no farmacológicas y remedios populares realizados por el paciente como: aguantar la respiración, beber agua repetidamente, tragar pan seco o tostado, hielo picado o azúcar granulada, traccionar la lengua y realizar una presión digital sobre los globos oculares, lo cual aparece publicado por algunos autores.

Examen físico completo:

Sin hallazgos de interés.

Exámenes complementarios realizados:

Electrocardiograma: sin hallazgos de interés.

Radiografía de tórax-abdomen: sin hallazgos de interés.

Analítica sanguínea:

- Hemograma: (Hemoglobina: 12.1 g/L, Hematocrito: 0.36 L/L, Leucograma: 6.9x10⁹/L, Plaquetas: 231x10⁹/L)
- Bioquímica de función hepática: (TGP: 14.6 U/L, TGO: 17 U/L, GGT: 54 U/L, FA: 98 U/L)
- Amilasa: 136 mmol/L
- Glicemia: 4.7 mmol/L
- Urea: 223 mmol/L
- Creatinina: 57 mmol/L
- Ácido úrico: 218 mmol/L
- Serologías VIH: no reactiva
- Serología VDRL: no reactiva

- Itrasonido abdominal: hígado de tamaño normal, con ligero aumento de su ecogenicidad, vesícula biliar de paredes finas sin litiasis, bazo de tamaño normal, páncreas no se visualiza por interposición de gases. Ambos riñones con parénquima conservado. Próstata sin alteraciones.

- TAC toraco-abdominal: no se observan alteraciones de los órganos de las cavidades torácicas y abdominales. Ausencia de adenopatías.

- Endoscopia superior:

Se introduce el Panendoscopio Olympus hasta visualizar la mucosa de la segunda porción duodenal la cual presenta características normales, al igual que el bulbo duodenal.

Estómago: píloro céntrico y permeable, mucosa gástrica que presenta ligero eritema parcheado, la maniobra de retroversión permite visualizar cardias y fundus sin alteraciones, lago gástrico con contenido claro escaso, los pliegues son de tamaño normal y la peristalsis está conservada.

Esófago: mucosa de color rosado nacarado en toda la luz del órgano, la UEG es simétrica y coincide con el EEI a los 38cm de la arcada dentaria, el cual impresiona con cierre insuficiente.

Conclusiones

Gastritis eritematosa antral ligera.

Posible insuficiencia del EEI

- Manometría esofágica:

El Punto de Presión Inferior se encuentra entre 42-43cm de la arcada dentaria coincidente con la Unión Esófago Gástrica del Esfínter Esofágico Inferior, el cual posee una presión media normal-alta, dos de sus lados son hipertónicos, no se relajan bien. El peristaltismo normal alterna con algunas ondas hipertónicas distales (tipo onda de lucha, espasmódicas). El Esfínter Esofágico Inferior es normotónico, no se relaja bien y es pobre la coordinación faríngeo-esfinteriana.

Conclusiones

Esfínter Esofágico Inferior incompetente por su asimetría e inestabilidad a pesar de la hipertonía recordando el de la carditis por Hipertensión Portal. Trastorno motor de moderado a severo con hipermotilidad distal. Posible Reflujo Gastroesofágico.

- PH metría de 24 horas (No se logra realizar el estudio por problemas de disponibilidad).

Se realiza un examen físico minucioso, e independientemente a la causa etiológica que hasta ese momento no se había determinado se indica tratamiento con Cloropromacina (tableta 25mg): 1 tableta cada 8 horas, tratamiento que se mantiene durante dos meses con el cual el paciente presentó mejoría evidente del hipo distanciando los cuadros en el tiempo y en la duración, haciéndose más cortos, resultado similar a los encontrados en otros casos,^(13,14) hasta recibir todos los resultados de los estudios complementarios indicados.

Al concluir los estudios y descartar las causas extra digestivas de singultus con el resultado de la endoscopia superior, la cual es sugerente de una posible insuficiencia del Esfínter Esofágico Inferior, el resultado de la Manometría esofágica que muestra posible reflujo gastro esofágico, se comienza con la prueba terapéutica partiendo de la alta sensibilidad de la misma para diagnóstico de la Enfermedad de Reflujo Gastro Esofágico, considerada por muchos autores con igual valor a la PH metría.⁽¹⁵⁾

- Omeprazol (Cápsulas 20mg): 1 Cápsula cada 12 h cuatro semanas
- Domperidona: 1 tableta o 1 cucharada 30 min a 1 h antes de desayuno, almuerzo y cena, siendo evaluado en consultas posteriores observando la desaparición del síntoma que lo aquejaba.

Al culminar la prueba terapéutica se considera como planteamiento nosológico en el caso la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, por lo que se decide mantener la cloropromacina en igual dosis y frecuencia a la indicada con anterioridad, además de completar tratamiento específico para la entidad con medidas generales preventivas de reflujo (no acostarse después de ingerir alimentos hasta pasadas 2 horas, no realizar ejercicios físicos que aumenten la presión abdominal, ni el uso de ropas apretadas, así como medidas higiénico-dietéticas que supriman el exceso de grasas, bebidas gaseadas e irritantes de la mucosa).

Posterior al tratamiento se logra la remisión casi total del síntoma que trae al paciente a la consulta por lo que se cierra el caso como una Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico cuya forma de presentación ha sido el hipo persistente o singultus.

DISCUSIÓN

El hipo se define como la sensación molesta, a veces insoportable, debida a las contracciones clónicas del diafragma, de mayor o menor intensidad. En su mecanismo fisiopatológico se debe señalar la contracción diafragmática más o menos rítmica con cierre de la glotis. Es un reflejo respiratorio, que origina una inspiración brusca dando lugar a que el aire pase a través de un orificio glótico estrechado, produciendo un ruido característico.⁽¹⁾

Cuando se suceden las contracciones diafragmáticas (únicas o en salvas) se produce el ataque o crisis de hipo o singultus, que puede resolverse sin ningún tratamiento, pero en otras ocasiones es necesario administrarlo y realizar un estudio médico para averiguar su origen.

Puede incomodar enormemente a quien lo padece y provocar insomnio, pérdida de peso, dehiscencia de suturas e incluso arritmias. En estos casos puede ser signo de enfermedad severa, por lo que estos pacientes deben ser objeto de una valoración médica que evalúe las posibles enfermedades que están originando el problema.^(2,4)

Dentro de las causas gastrointestinales se encuentran fundamentalmente: reflujo gastroesofágico, hernia del hiato, esofagitis, úlcera gástrica, pancreatitis, carcinoma esofágico, masas hepáticas, ascitis, cirugía abdominal.⁽¹⁾

En este caso específico, se ven descartadas las cirugías abdominales por la ausencia de los antecedentes y la pancreatitis por no tener factores de riesgo asociados a esta entidad, no presentar un cuadro clínico, ni alteraciones en los resultados de complementarios como la amilasa, el ultrasonido y la tomografía abdominal.

El resultado del ultrasonido abdominal y la tomografía descartan la presencia de masas hepáticas y ascitis.

En cuanto a las patologías digestivas se descartan la hernia del hiato, esofagitis, úlcera gástrica, carcinoma esofágico por el estudio endoscópico.

Además se plantean causas neurológicas, vasculares, torácicas, metabólicas, tóxicas, fármacos y otras (idiopáticas, embarazo, psiquiátricas, gripe, Virus de Inmunodeficiencia Humana)

Todas estas entidades son descartadas en el caso por la ausencia de datos positivos al interrogatorio, el examen físico exhaustivo que se le realizó y los resultados de los complementarios expuestos con anterioridad.

Los estudios revisados ⁽¹¹⁻¹³⁾ coinciden en que a todo paciente que presente un singultus se debe indicar tratamiento independientemente de la causa etiológica que lo produce con medicamentos como la clorpromacina (tableta 25mg): 1 tableta cada 6 a 8 horas, o el baclofeno (tableta 10mg): a dosis de 10 a 25 mg/ 8 horas por vía oral. Iniciando con 5 mg y aumentar lentamente sin exceder los 75 mg/día, con ambos medicamentos se han obtenido buenos resultados, en este caso se decide indicar la clorpromacina inicialmente obteniendo resultados alentadores al comienzo del tratamiento por lo que se mantiene con el mismo hasta culminar con todos los estudios complementarios.

En conclusión, ante un paciente con singultus, la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico es una posibilidad diagnóstica, pues aunque se describe como un síntoma que puede aparecer en los pacientes con esta entidad es infrecuente que

esa sea su forma de presentación, síntoma que resuelve con el tratamiento de la entidad etiológica que lo causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¿Qué es el hipo persistente? [citado 22 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipo-persistente/>
2. Llanio Navarro R. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. TII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.856-57.
3. Martínez Rey C, Villamil Cajoto L. Hipo (singultus): revisión de 24 casos. Rev Méd Chile[Internet]. 2007[citado 2 Jun 2013]; 135(9): 1132-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000900006
4. Wilkes G, MBBS, FACEM; Chief Editor: Steven C Dronen, MD, FAAEM. Medscape: Hiccups, pathophysiology; 2012. [citado el 2 Feb 2012]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/775746-overview#a0104>
5. García S, Bixquert M, Andreu J, Martínez M, Cervera V, Medina E. Hipo persistente: desarrollando un protocolo de actitud diagnóstica y terapéutica. Rev Soc Val Pat Digest. 1998; 17 (3): 109.
6. Martínez Rey C, Viallamil Cajoto L. Hipo (singultus): revisión de 24 casos. Rev Med Chile[Internet].2007[citado 2 Jun 2013]; 135;9[citado 14 Feb 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007000900006
7. Bilotta F, Pietropaoli P, Giovanni R. Nefopam for Refractory Postoperative Hiccups. Anesth Analg. 2001; 93(5):1358-60. Citado en PubMed; PMID:11682430.
8. Piontelli A. Development of Normal Fetal Movemts. Department of Maternal/Fetal Medicine. Italia: University of Milan; 2010.
9. Jiménez O. Entorno biomédico. Tecnología digital. Una sorprendente terapia para el hipo. Rev Jano[Internet]. 2007[citado 20 Ene 2012]; (1649).Disponible en: . <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1649/23/1v0n1649a13101873pdf001.pdf>
10. Kuusniemi K, Ville Pyylampi. Phrenic nerve block with ultrasound-guidance for treatment of hiccups: a case report. J Med Case Reports. 2011; 5:493. Citado en PUBmed; PMID:21968133.
11. Asociación Española de Gastroenterología. Manual de Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. 3ra ed. España; 2010.
12. Fiorentinon R. Sistemáticas de los grandes síndromes de la gastroenterología. Hospital de Gastroenterología C. B. Udaondo; 2011.
13. García S, Bixquert M, Andreu J, Martínez M, Cervera V, Medina E. Hipo persistente: desarrollando un protocolo de actitud diagnóstica y terapéutica. Rev Soc Val Pat Digest. 1998; 17 (3): 109.

14. KOloodzik PW, Eillier MA. Hiccups (singultos) Review and approach to anagement. Ann Emerg Med. 1991; 20(5):565-73. Citado en Pubmed; PMID: 2024799.

15. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Vol.31. España: Asociación Española de Gastroenterología; 2008.

Recibido: 8 de septiembre de 2013.

Aprobado: 28 de octubre de 2013.

Pedro Del Valle Llufrió. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Carretera Central, Km 101. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: lilianpachon.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

del Valle Llufrió P, Ramos Pachón CM. Hipo Persistente como forma de presentación de la enfermedad por reflujo gastro esofágicoHipo Persistente como forma de presentación de la Enfermedad por Reflujo Gastro Esofágico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];35(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema06.htm>