

Hipo crónico: síntomas y diagnóstico

J. Cabane

Existen tres tipos de hipo. El hipo aislado: una contracción organizada de los músculos respiratorios, breve, única, involuntaria y muy frecuente, que suele pasar desapercibida. Se trata de un fenómeno cotidiano y fisiológico a cualquier edad. El hipo agudo: sacudidas repetitivas que duran menos de 48 horas y de las que el paciente es consciente. Se trata de un fenómeno molesto, pero que no reviste gravedad, conocido por todas las personas y que puede resultar gracioso; este cuadro es una experiencia banal que aparece a cualquier edad y cuyo pronóstico es excelente. Requiere una atención médica escasa o nula y desaparece de forma espontánea. El hipo crónico: sacudidas repetitivas que duran más de 48 horas, con pronóstico reservado; puede ser el síntoma de una enfermedad o de una complicación patológica subyacente, sobre todo esofágica, y suele ser refractario al tratamiento. Su pronóstico es la continuación a largo plazo de sacudidas con una frecuencia variable, a menudo con una periodicidad de varios días o semanas al mes. Provoca una invalidez significativa. A menudo es el síntoma revelador de una enfermedad grave subyacente, por lo que es el único hipo que implica un verdadero tratamiento médico, dando prioridad a la búsqueda de su causa para intentar aplicar un tratamiento etiológico. Las enfermedades esofagogástricas, entre las que predomina la esofagitis por reflujo, son la etiología principal del hipo crónico. A continuación, y a gran distancia, están los hipos de causa torácica, abdominal, cerebral e incluso psíquica.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hipo; Reflujo gastroesofágico; Esofagitis; Estómago; Esófago; Sistema nervioso; Diafragma

Plan

■ Introducción	1
Vías nerviosas del hipo	2
■ Enfoque diagnóstico	2
Endoscopia digestiva alta	2
Otras pruebas complementarias	2
■ Tratamientos	2
■ Discusión	3
■ Conclusión	3

■ Introducción

El hipo es un síntoma al que se suele dar poca importancia y que a menudo se pasa por alto, pero se convierte en una molestia preocupante cuando es refractario al tratamiento y crónico. La función del médico general ante un cuadro de hipo es esencial, porque puede tranquilizar al paciente, determinar el pronóstico y buscar la causa. La fisiología sugiere que el hipo es la persistencia de un reflejo arcaico, relacionado con la succión y la ventilación branquial^[1]. No obstante, desde el punto de vista clínico, hay que diferenciar tres tipos de hipo^[2,3]:

- hipo aislado: una contracción organizada de los músculos respiratorios, breve, única, involuntaria y muy frecuente, que suele pasar desapercibida. Es un fenómeno cotidiano y fisiológico a cualquier edad;
- hipo agudo: sacudidas repetitivas que duran menos de 48 horas y de las que el paciente es consciente. Se trata de un fenómeno molesto, pero que no reviste gravedad, conocido por todas las personas y que puede resultar gracioso; este cuadro es una experiencia banal que aparece a cualquier edad y cuyo pronóstico es excelente. Requiere una atención médica escasa o nula y desaparece de forma espontánea;
- hipo crónico: sacudidas repetitivas que duran más de 48 horas, con pronóstico reservado; puede ser el síntoma de una enfermedad o de una complicación patológica subyacente^[4-6], sobre todo esofágica^[7,8], y suele ser refractario al tratamiento. Su pronóstico es la continuación a largo plazo de sacudidas con una frecuencia variable, a menudo con una periodicidad de varios días o semanas al mes. Provoca una invalidez significativa. A menudo es el síntoma revelador de una enfermedad grave subyacente, por lo que es el único hipo que implica un verdadero tratamiento médico, dando prioridad a la búsqueda de su causa para intentar aplicar un tratamiento etiológico. Las enfermedades esofagogástricas, en las que predomina la esofagitis por reflujo, son la etiología principal del hipo crónico. A continuación, y a gran distancia, están los hipos de causa torácica, abdominal, cerebral e incluso psíquica^[7].

Los mecanismos fisiológicos del hipo no se conocen por completo^[1,4,6]. Se sabe que se trata de una contracción súbita coordinada de todos los músculos inspiratorios, que se sigue con rapidez del cierre de las vías respiratorias superiores. La utilidad del hipo sigue siendo un misterio, pero se trata de un movimiento respiratorio complejo común a todos los vertebrados, que parece estar relacionado con la succión y la ventilación branquial^[1], que existe desde la vida fetal y que persiste durante toda la vida.

Vías nerviosas del hipo

Se ha descrito más de un centenar de causas del hipo crónico en la literatura. En su mayoría, se sitúan en el abdomen o en el tórax, y algunos autores han sugerido la existencia de un arco nervioso reflejo operacional en el hipo. En realidad, el hipo es una actividad nerviosa compleja que se organiza a través del conjunto de los centros nerviosos. Las aferencias más relevantes desde el punto de vista clínico son claramente de tipo digestivo alto, pero se han descrito hipos asociados a cualquier afección intraabdominal; el nervio vago es el encargado de vehicularlas; es posible que existan aferencias torácicas (pulmón, pleura, mediastino), cervicales y craneales. Se han descrito hipos asociados a tumores o a otras afecciones del bulbo raquídeo, el tronco del encéfalo, el cerebelo y el cerebro. Las eferencias son todas las vías neurológicas que controlan los músculos respiratorios y la faringolaringe.

■ Enfoque diagnóstico

Los hipos agudos no plantean en realidad problemas médicos, pues las molestias se limitan a unas horas a lo sumo. Existen muchos métodos populares destinados a interrumpir este hipo; suelen tener como mecanismo la apnea, la sugestión o la focalización de la atención en otra cosa. Debido a la elevada tendencia espontánea del hipo agudo a desaparecer sin dejar rastro, la eficacia real de estos métodos sigue siendo dudosa. Sin embargo, ante la situación de tener que tratar un hipo agudo que quiere interrumpirse, la maniobra de Salem puede ser de ayuda (Fig. 1): el método más fiable de bloqueo físico del hipo es tocar la pared posterior de la faringe con una sonda nasal, aunque su eficacia dura poco tiempo. Su repetición en un hipo crónico a veces puede causar un traumatismo de la pared posterior de la faringe.

A menudo, un contexto evidente indica que se realice un procedimiento, como una aspiración gástrica en caso de distensión o de oclusión, por ejemplo.

Un problema distinto es el que plantea el hipo crónico. Por una parte, puede ser el indicio de un problema patológico grave y, por tanto, es apropiado emplear una estrategia diagnóstica; por otra

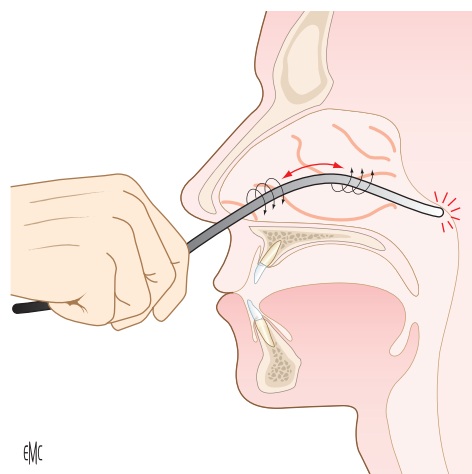


Figura 1. Maniobra de Salem. Una sonda plástica semirrígida se introduce horizontalmente de delante hacia atrás por la nariz hasta tocar la pared posterior de la faringe. Una vez establecido el contacto, se imprimen a la sonda pequeños movimientos de vaivén para estimular los receptores faríngeos y desencadenar un reflejo inhibitorio del hipo.

parte, causa por sí mismo una repercusión somática considerable, que justifica su tratamiento. Los pacientes suelen ser varones ancianos con patología polivascular, y la búsqueda de una causa hace que se descubran a veces múltiples etiologías posibles.

La exploración somática muestra la presencia de sacudidas de los músculos inspiratorios durante las fases de crisis, que se producen a menudo al final de la inspiración. La exploración faríngea muestra una contracción sincrónica del hipo. Al margen de las crisis, la exploración somática suele ser normal, pero es necesario descartar un sobrepeso, un eritema faríngeo y los demás signos y síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE). En la exploración neurológica se suele encontrar una arreflexia faríngea con abolición de los reflejos nauseoso y velopalatino. A menudo existen bloqueos respiratorios: episodios en los que el paciente, en el paroxismo de una crisis de hipo, tiene el tórax lleno de aire y es incapaz de espirar, lo que se asocia a una sensación de muerte inminente. Estos episodios se resuelven en unos 20 segundos, a menudo con la remisión del hipo crónico durante varias horas.

Hay que evaluar el estado psicológico, porque existen hipos psicógenos. El contexto de estrés, de depresión, de angustia o de trastorno somatoforme suele ser evidente, pero el tratamiento no siempre es sencillo.

La exploración otorrinolaringológica puede mostrar temblores linguales y signos indirectos de RGE.

El factor aparentemente desencadenante del hipo suele ser oro-gástrico (glotonería, ingestión de cáusticos, etc.); en ocasiones, es psicológico (violación, incesto, pelea, etc.), postoperatorio con anestesia general (prostatectomía, lobectomía pulmonar, etc.), neurológico (a menudo, accidente cerebrovascular o meningitis) y, en raras ocasiones, infeccioso.

El hipo crónico aumenta en función de la edad y es tres veces más frecuente a los 70 años. Su duración es variable, en la mayoría de los casos inferior a 100 días, pero se han descrito hipos crónicos de años de duración. Los pacientes suelen tener antecedentes cardiovasculares y digestivos, en ocasiones neuropsicológicos y, en menos casos, torácicos o abdominales; a veces se encuentra un antecedente quirúrgico como un tratamiento del RGE.

Endoscopia digestiva alta

Permite detectar anomalías (sobre todo esofágicas) en la inmensa mayoría de los pacientes^[7]. Todos los pacientes con anomalías tratables deben recibir el tratamiento adecuado; la sedación del hipo después de éste es un argumento de peso sobre la existencia de una relación de causalidad. En todos los pacientes se debe realizar una endoscopia digestiva; ésta muestra numerosas anomalías y sólo es normal en el 20% de los casos. El RGE y la esofagitis, seguidos de la gastritis y la úlcera gástrica, son los principales hallazgos de esta exploración, y sus tratamientos por lo general serán eficaces contra el hipo.

Otras pruebas complementarias

La pH-metría confirma en el 75% de los casos de hipo crónico la existencia de un RGE y puede mostrar la sincronización entre hipo y RGE. Asimismo, la manometría esofágica suele mostrar anomalías. Se han observado casos de alteraciones detectadas por la pH-metría o la manometría sin que la endoscopia se haya considerado patológica, como en los espasmos esofágicos o los reflujos sin esofagitis.

■ Tratamientos

Como regla terapéutica, debido a la elevada frecuencia de anomalías gastroesofágicas, se debe aplicar un tratamiento dirigido de forma prioritaria contra éstas y adaptado a los hallazgos del estudio digestivo alto. En la mayoría de los casos, se prescribe una asociación de inhibidores de la bomba de protones tipo omeprazol y de procinéticos tipo domperidona, y en ocasiones de alginato y de citoprotectores de la mucosa, con resultados satisfactorios. Si no existen anomalías digestivas altas o si fracasa el tratamiento de primera elección, se recomienda probar con baclofeno u otros gabaérgicos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465541>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465541>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)