

Hipo persistente

Fecha de la última revisión: 11/04/2016

Índice de contenidos

1. [¿Qué es el hipo persistente?](#)
2. [¿Cuáles pueden ser las causas etiológicas del hipo?](#)
3. [Diagnóstico del hipo persistente](#)
4. [¿Qué medidas terapéuticas podemos instaurar ante un caso de hipo persistente en la consulta?](#)
5. [Algoritmo de actuación ante un paciente con hipo persistente](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿Qué es el hipo persistente?

El hipo (singultus, en su denominación científica correcta) 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 (Chang FY, 2012; Wilkes G, 2015; Woelk CJ, 2011). Es parte común de nuestra vida, siendo generalmente benigno y transitorio, culturalmente gracioso, la mayoría de las veces idiopático y de fisiopatología no bien conocida.

En ocasiones puede mantenerse en el tiempo incomodando enormemente a quien lo padece, llegando a provocar insomnio, pérdida de peso, estrés emocional, dehiscencia e infección de suturas e incluso, bradiarritmias y bloqueo auriculo-ventricular. En estos casos puede ser signo de patología severa, por lo que estos pacientes deben ser objeto de una atención médica que evalúe las posibles entidades clínicas subyacentes.

Así, el hipo persistente 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. El hipo intratable es aquel que se mantiene durante más de un mes, más o menos de forma continua (Wilkes G, 2015; Woelk CJ, 2011).

¿Cuáles pueden ser las causas etiológicas del hipo?

Las causas (tabla 1) del hipo son numerosas (Martínez Rey C, 2007), su etiología se localiza mayoritariamente a nivel del tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central. Las causas esofágicas merecen una especial atención en caso de hipo persistente, por ser el origen más frecuente, sobre todo el reflujo gastroesofágico (RGE), presente en los escasos estudios realizados (De Hoyos A, 2010; Pooran N, 2006) en más de un 50% de los pacientes.

Distinguimos así alteraciones gastrointestinales, torácicas, neurológicas, metabólicas y tóxicas (Steger M, 2015; Wilkes G, 2015). En el primer grupo, además del RGE, se incluyen desde condiciones que producen una dilatación del estómago (eructos recurrentes) o irritación del diafragma, a patología del páncreas, cáncer de esófago, hígado, hernia de hiato, cirugía abdominal o sarcoidosis peritoneal. Dentro de las causas neurológicas encontramos procesos infecciosos (VIH con leucoencefalopatía) (Negueruela-López M, 2009), accidentes cerebrovasculares, malformaciones vasculares (como Chiari I, angioma cavernoso o aneurisma gigante de la PICA), lesiones ocupantes de espacio (neoplasias e hidrocefalia) o hipo como manifestación inicial de la enfermedad de Parkinson. El origen psicógeno no debe ser atribuido con rapidez, algo que se hace con frecuencia: puede descartarse si el hipo está presente durante el sueño. En el tórax destacan neumonías, tuberculosis, pericarditis e incluso infarto de miocardio. Otras causas son las alteraciones metabólicas, como la diabetes o nefropatías. En pacientes con VIH que presenten hipo persistente hay que considerar candidiasis esofágica, toxoplasmosis y esofagitis herpética, principalmente.

Como fármacos que inducen hipo (Thompson DF, 1997; Woelk CJ, 2011), los corticosteroides (Ross J, 1999) y benzodiacepinas son los más asociados a su desarrollo, describiéndose casos aislados con otros fármacos, como por ejemplo, betalactámicos, azitromicina (Surendiran A, 2008), macrólidos, imipenem, alfametildopa o chicles de nicotina. Los mecanismos por los que estos fármacos inducen hipo son poco conocidos y se relacionan con los transmisores gabaérgicos. A pesar de cierta polémica sobre la evidencia de que sean causa directa de hipo, el diagnóstico de su efecto puede realizarse por eliminación.

Tabla 1. Etiología del hipo persistente.	
Causas gastrointestinales	• Reflujo gastroesofágico. • Hernia de hiato, esofagitis, úlcera gástrica, pancreatitis, carcinoma esofágico. Infección por H. pylori. • Distensión abdominal: comida abundante, ingesta de comida fría o caliente, bebidas gasificadas, irritantes, endoscopia. • Masas hepáticas, ascitis, cirugía abdominal.
Causas neurológicas	• Infecciones: meningitis, encefalitis, abscesos. • Vasculares: ictus, malformaciones. • Otras: afectación del nervio frénico (laringitis, rinitis, otitis, faringitis, cuerpo extraño en conducto auditivo externo), traumatismos, neoplasias, hidrocefalia, esclerosis múltiple, infección por herpes virus.
Causas torácicas	• Infarto de miocardio, cirugía, enfermedades mediastínicas, subfrénicas, pleurales (neumonía, tuberculosis, mediastinitis, pleuritis, abscesos, neumotórax, bocio, cavernoma, neoplasias, hernia diafragmática).

Causas metabólicas	• Diabetes, uremia, hiponatremia, hipocalcemia, hipocaliemia. Fiebre.
Causas tóxicas	• Enolismo, tabaquismo. • Fármacos: corticoides, morfina, benzodiacepinas, alfametildopa, imipenem, azitromicina.
Otras causas	• Idiopáticas, embarazo, psiquiátricas, gripe, VIH. Tumores ginecológicos.

Diagnóstico del hipo persistente

Ante un paciente con hipo persistente, en la consulta de atención primaria debemos realizar una historia médica detallada y un examen físico minucioso, antes de solicitar cualquier prueba diagnóstica.

Proponemos realizar progresivamente (Bizec JL, 1995; Steger M, 2015; Vorvick LJ, 2015; Wilkes G, 2015; Woelk CJ, 2011):

1. Anamnesis: cuestiones sobre características del hipo (tabla 2), existencia de alguna patología de base, diagnóstico previo o síntomas de RGE, hábitos tóxicos, traumatismo craneoencefálico, cirugía reciente, toma de fármacos, etc.
2. Exploración clínica: auscultación, abdomen, exploración oftalmológica y de la esfera ORL (incluyendo orofaringe y oído medio), cuello, valoración neurológica. Buscar signos que nos dirijan hacia una de las etiologías citadas.
3. Pruebas complementarias: realizar ECG y radiografía de tórax-abdomen.
4. Análítica sanguínea: hemograma, ionograma, bioquímica con función hepática, renal y pancreática.
5. Pensar en posibilidad de ecografía abdominal y endoscopia si está incluido en la cartera de servicios de atención primaria. Si no se soluciona el caso o, desde el principio existe sospecha de enfermedad digestiva o neurológica:
6. Derivar al servicio de aparato digestivo donde podrán realizarle gastroscopia, pHmetría, manometría, TAC abdominal.
7. Si se descartan anomalías gastroesofágicas se debe considerar la remisión a neurología o antes, si la sospecha recae en una alteración neurológica. Desde aquí se podrá solicitar una resonancia magnética cerebral, más específica que la tomografía para localizar posibles anomalías en el lóbulo temporal o en el ángulo pontocerebeloso y en su caso, incluso un estudio con TAC-PET (tomografía por emisión de positrones).

Tabla 2. Preguntas destacadas para la historia clínica. (adaptado de Vorvick L, 2015)
• ¿Tiene hipo con facilidad?
• ¿Cuánto tiempo ha durado este episodio, cuánto suelen durar?
• ¿Desapareció el hipo un rato y luego comenzó de nuevo?
• ¿Ha consumido bebidas calientes, gasificadas o comidas condimentadas?
• ¿Qué medicamentos toma normalmente y cuáles ha tomado antes del hipo?
• ¿Qué remedios ha utilizado y cuáles le han dado resultado?
• ¿Le han comentado que el hipo se mantiene mientras duerme?
• ¿Considera que tiene otros síntomas?

¿Qué medidas terapéuticas podemos instaurar ante un caso de hipo persistente en la consulta?

El hipo persistente puede ser resultado de una gran cantidad de entidades clínicas. Si se descubre la etiología, el abordaje terapéutico debe dirigirse hacia ella. Si la causa se desconoce, como ocurre en general en un principio, pueden ensayarse diversas medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Entre las medidas no farmacológicas (Chang FY, 2012; Friedman NL, 1996) disponemos de una larga serie de remedios populares y maniobras terapéuticas, soluciones que tienen, en el fondo, una base fisiológica:

- Realizar una apnea forzada (“aguantar la respiración”) y respirar en una bolsa de diuresis o de papel: aumenta la concentración arterial de CO₂, lo que se ha comprobado que inhibe el hipo.
- Estimulación vagal: se consigue bebiendo agua repetidamente o realizando gargarismos, tragando pan seco o tostado, hielo picado o azúcar granulado, lo que estimula la inervación del fondo de la orofaringe al igual que traccionar la lengua o frotar la úvula con un bastoncillo, acto sencillo que puede realizarse en la consulta.
- También podemos realizar, tras valorar contraindicaciones, una presión digital sobre los globos oculares o sobre los nervios frénicos, por detrás de las articulaciones esternoclaviculares. Incluso se ha descrito el masaje rectal digital (Odeh M, 1990). Se han publicado artículos en la literatura anglosajona sobre el

uso de la acupuntura tradicional (Schiff E, 2002) con éxito en el tratamiento de casos de hipo persistente, método ya utilizado clásicamente en la medicina china. O, la ingesta de vinagre (Gonella S, 2015).

Respecto a los fármacos (tabla 3), no debemos esperar a los resultados de las pruebas diagnósticas para iniciar un tratamiento, teniendo en cuenta que puede ser necesario probar varios hasta encontrar uno efectivo para el paciente. Desde luego y previamente a la administración de cada uno de los fármacos indicados, deben valorarse sus interacciones, contraindicaciones y precauciones.

La escasez de casos dificulta realizar estudios clínicos controlados para comprobar la efectividad de los fármacos (Moretto EN, 2013; Steger M, 2015). La **clorpromazina** es el fármaco “clásico” (si el hipo no cede en tres días, se recomienda cambiar el fármaco) y los trabajos llevados a cabo con el **baclofeno** desde hace más de dos décadas (Yaqoob M, 1989; Mirijello A, 2013; Zhang C, 2014) han obtenido excelentes resultados, incluso en niños (Ansó S, 1998), por lo que tras el tratamiento inicial de choque con la **clorpromazina**, puede considerarse como fármaco de primera elección (teniendo en cuenta la posible hipotensión que suele producirse tras su administración), aunque todavía se indican una necesidad de estudios a más largo plazo.

El **baclofeno** produce una buena respuesta en pacientes con diferentes características, relajando diafragma y musculatura diafragmática al actuar sobre el sistema gabaérgico, reduciendo la actividad de un “centro del hipo”, posiblemente localizado en el segmento superior de la médula espinal. Se piensa que la **metoclopramida** (Wang T, 2014), el **haloperidol** o el **ácido valproico**, también utilizados en el tratamiento del hipo persistente, actúan en el mismo nivel.

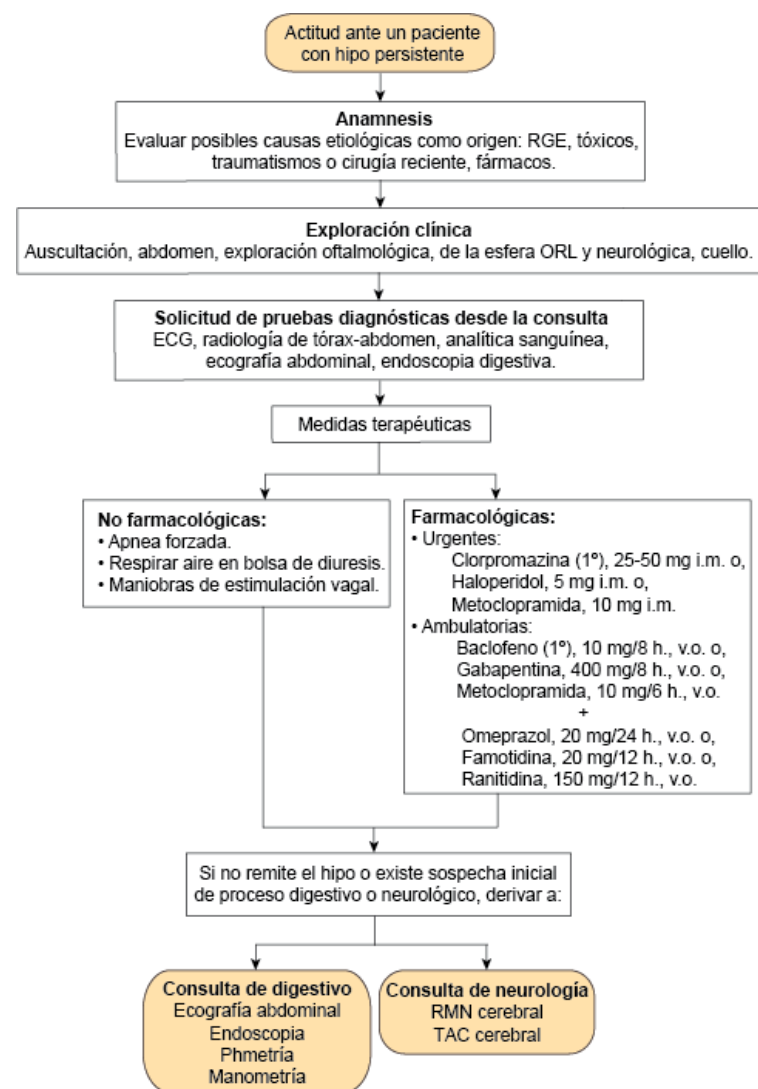
También se han ensayado algunos calcio-antagonistas (Quigley C, 1997; Hernández JL, 1999), **carbamazepina**, **amitriptilina**, **clonazepam**, **fenobarbital** o nebulizaciones orales de lidocaína. Otros fármacos utilizados en casos de resistencia al **baclofeno**, son la **gabapentina** (Steger M, 2015; Thompson DF, 2013), la **sertralina** (Vaidya V, 2000), el **pramipexol** y la **amantadina**. Incluso se ha llegado a recomendar la toma de metilcelulosa, como terapia contra el hipo.

Pero lo recomendable a la hora de pautar un tratamiento ambulatorio, es administrar un combinado de fármacos (Marien K, 1997; Petroianu G, 2000) que puedan cubrir las causas etiológicas expuestas, administrando de inicio una combinación de **baclofeno** con un fármaco que actúe sobre la posible existencia de RGE: **omeprazol** o **famotidina** o, **ranitidina**.

Si el hipo se mantiene, incluso tras aumentar la dosis de los fármacos administrados, se debe remitir al nivel hospitalario para realizar las exploraciones complementarias descritas, pudiendo ser necesario de forma excepcional el tratamiento quirúrgico, que se realiza tras un estudio completo de todas las posibles causas etiológicas. Mediante técnicas quirúrgicas y anestésicas puede realizarse una ablación del nervio frénico, un bloqueo epidural cervical, un bloqueo del nervio glossofaríngeo (Gallacher BP, 1997) o puede implantarse un estimulador del nervio frénico para controlar el diafragma, valorando en todos estos procedimientos los posibles efectos secundarios con el paciente, mejorando así la toma compartida de decisiones.

Tabla 3. Dosis y principales efectos secundarios de los fármacos más utilizados en el tratamiento del hipo persistente.		
Principio activo	Dosis (v.o.: vía oral)	Posibles efectos secundarios
Clorpromazina	25-50 mg/6-8 h. v.o. (no más de tres días).	Administrar con cuidado en cardiópatas y hemopatías. Somnolencia, sedación, hipotensión, discinesias.
Baclofeno	10-25 mg/8 h. v.o. Inicio con 5 mg y aumentar lentamente sin exceder los 75 mg/día. En pacientes hemodializados: máximo, 5 mg/día.	Sedación, mareos, náuseas, hipotensión. Retirar lentamente el fármaco para evitar efectos secundarios.
Gabapentina	400 mg/8 h. v.o.	Somnolencia, mareos, fatiga.
Omeprazol	20 mg/24 h. v.o.	Náuseas, diarrea, cólico.
Famotidina	20 mg/12 h. v.o.	Cefalea, mareos, diarrea, náuseas.
Ranitidina	150 mg/12 h. vs 300 mg/24 h. (4-6 sem.). v.o.	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, vómitos.
Metoclopramida	10 mg/6 h. v.o.	Reacciones extrapiramidales. No utilizar más de cinco días seguidos.
Haloperidol	5 mg/12 h. v.o.	Somnolencia, sudoración, extrapiramidalismos.
Nifedipino	10-20 mg/8 h. v.o.	Hipotensión, cefalea, náuseas.
Ácido valproico	200 mg/8 h. v.o.	Náuseas y vómitos, sedación.
Sertralina	50-100 mg/24 h. v.o.	Ligera sedación.
Domperidona	10 mg/6 h. v.o.	No tiene efectos centrales.
Carbamazepina	300-400 mg/8 h. v.o.	Somnolencia, vértigo.
Amitriptilina	25-75 mg/24 h. v.o.	Sedación, sequedad de boca, hipotensión.

Algoritmo de actuación ante un paciente con hipo persistente



Bibliografía

- Ansó S, Álvarez T, Merino JM, Sánchez J, Carpintero I, González JB. Hipo crónico en la infancia: utilización del baclofeno. An Esp Pediatr 1998;49(4):399-400. PubMed [PMID: 9859556](#). [Texto completo](#)
- Bizec JL, Launois S, Bolgert F, Lamas G, Chollet R, Derenne JP. Hoquet en adulte. Rev Mal Respir. 1995;12(3):219-29. PubMed [PMID: 7638419](#)
- Chang FY, Lu CL. Hiccup: mystery, nature and treatment. J Neurogastroenterol Motil. 2012;18(2):123-30. PubMed [PMID: 22523721](#). [Texto completo](#).
- De Hoyos A, Esparza EA, Cervantes-Sodi M. Non-erosive reflux disease manifested exclusively by protracted hiccups. J Neurogastroenterol Motil. 2010;16(4):424-7. PubMed [PMID: 21103425](#). [Texto completo](#)
- Friedman NL. Hiccups: a treatment review. Pharmacotherapy. 1996;16(6):986-95. PubMed [PMID: 8947969](#)
- Gallacher BP, Martin L. Treatment of refractory hiccups with glossopharyngeal nerve block. Anesth Analg. 1997;84(1):229. PubMed [PMID: 8989036](#)
- Gonella S, Gonella F. Use of vinegar to relieve persistent hiccups in an advanced cancer patient. J Palliat Med. 2015;18(5):467-70. PubMed [PMID: 25775370](#)
- Hernández JL, Fernández MF, Sanpedro I, Sanroma P. Nimodipine treatment for intractable hiccups. Am J Med. 1999;106(5):600. PubMed [PMID: 10335738](#)
- Marien K, Havlak D. Baclofen with famotidine for intractable hiccups. Eur Respir J. 1997;10(9):2188. PubMed [PMID: 9311525](#). [Texto completo](#)
- Martínez Rey C, Villamil Cajoto I. Hipo: revisión de 24 casos. Rev Med Chil. 2007;135(9):1132-8. PubMed [PMID: 18064367](#). [Texto completo](#)
- Mirijello A, Addolorato G, D'Angelo C, Ferrulli A, Vassallo G, Antonelli M, et al. Baclofen in the treatment of persistent hiccup: a case series. Int J Clin Pract. 2013;67(9):918-21. PubMed [PMID: 23834241](#)
- Moretto EN, Wee B, Wiffen PJ, Murchison AG. Interventions for treating persistent and intractable hiccups in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;1:CD008768. PubMed [PMID: 23440833](#)
- Negueruela-López M, Álvarez-Álvarez B, López-Castroman J, Baca-García E. Persistent hiccups and conduct disorder: an atypical clinical presentation of HIV-associated progressive multifocal leukoencephalopathy. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(10):608-9. PubMed [PMID: 19631419](#)
- Odeh M, Bassan H, Oliven A. Termination of intractable hiccups with digital rectal massage. J Intern Med. 1990;227(2):145-6. PubMed [PMID: 2299306](#)
- Petroianu G, Hein G, Stegmeier-Petroianu A, Bergler W, Rufer R. Gabapentin "add-on therapy" for idiopathic chronic hiccup. J Clin Gastroenterol. 2000;30(3):321-4. PubMed [PMID: 10777198](#)
- Pooran N, Lee D, Sideridis K. Protracted hiccups due to severe erosive esophagitis: a case series. J Clin Gastroenterol. 2006;40(3):183-5. PubMed [PMID: 16633116](#)
- Quigley C. Nifedipine for hiccups. J Pain Symptom Manage. 1997;13(6):313. PubMed [PMID: 9204645](#)
- Ross J, Eledrisi M, Casner P. Persistent hiccups induced by dexamethasone. West J Med. 1999;170(1):51-2. PubMed [PMID: 9926738](#). [Texto completo](#)
- Schiff E, River Y, Oliven A, Odeh M. Acupuncture therapy for persistent hiccups. Am J Med Sci. 2002;323(3):166-8. PubMed [PMID: 11908864](#)
- Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. Aliment Pharmacol Ther. 2015;42(9):1037-50. PubMed [PMID: 26307025](#). [Texto completo](#)
- Surendiran A, Krishna Kumar D, Adithan C. Azithromycin-induced hiccups. J Postgrad Med. 2008;54(4):330-1. PubMed [PMID: 18953158](#). [Texto completo](#)
- Thompson DF, Brooks KG. Gabapentin therapy of hiccups. Ann Pharmacother. 2013;47(6):897-903. PubMed [PMID: 23673537](#)
- Thompson DF, Landry JP. Drug-induced hiccups. Ann Pharmacother. 1997;31(3):367-9. PubMed [PMID: 9066948](#)
- Vaidya V. Sertraline in the treatment of hiccups. Psychosomatics. 2000; 41(4):353-5. PubMed [PMID: 10906358](#)
- Vorvick LJ. Hipo [consultado 27-2-2016]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003068.htm>

- Wang T, Wang D. Metoclopramide for patients with intractable hiccups: a multicentre, randomised, controlled pilot study. Intern Med J. 2014;44(12a):1205-9. PubMed **PMID: 25069531**
- Wilkes G. Hiccups [consultado 1-3-2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/775746-overview#showall>
- Woelk CJ. Managing hiccups. Can Fam Physician. 2011;57(6):672-5. PubMed **PMID: 21673211**. **Texto completo**
- Yaqoob M, Prabhu P, Ahmad R. Baclofen for intractable hiccups. Lancet. 1989;2(8662):562-3. PubMed **PMID: 2570261**
- Zhang C, Zhang R, Zhang S, Xu M, Zhang S. Baclofen for stroke patients with persistent hiccups: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Trials. 2014;15:295. PubMed **PMID: 25052238**. **Texto completo**

Más en la red

- Chang FY, Lu CL. Hiccup: mystery, nature and treatment. J Neurogastroenterol Motil. 2012;18(2):123-30. PubMed **PMID: 22523721**. **Texto completo**.
- Knott L. Hiccups [consultado 1-3-2016]. Disponible en: <http://www.patient.co.uk/doctor/Hiccups.htm>
- Vorvick LJ. Hipo [consultado 27-2-2016]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003068.htm>
- Wilkes G. Hiccups [consultado 1-3-2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/775746-overview#showall>
- Woelk CJ. Managing hiccups. Can Fam Physician. 2011;57(6):672-5. PubMed **PMID: 21673211**. **Texto completo**

Autores

- Sergio García Vicente Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Aurelio Baixauli Rubio Médico Especialista en Medicina Interna (2)

(1) Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva (Valencia). España.
(2) Hospital General Universitario de Valencia. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

