



# HIPO

MEDICINA PALIATIVA

MEDICINA HUMANA,  
6TO SEMESTRE

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ  
RESUMEN

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

UNIVERSIDAD DEL SUERESTE  
22 DE JUNIO DE 2020, BERRIOZABAL, CHIAPAS

## Hipo

El hipo es una contracción repetida, involuntaria y espasmódica del diafragma y los músculos inspiratorios intercostales que se produce principalmente en series irregulares, con cierre de la glotis mediado por las ramas sensitivas de los nervios frénico, torácico simpático y vago hipo deben ocurrir múltiples fenómenos en una sucesión rápida. Inicialmente, el techo de la boca y la parte posterior de la lengua se elevan, lo cual con frecuencia se acompaña de un eructo. Generalmente, cada frecuencia individual del hipo es razonablemente constante en un episodio dado de hipo, con una frecuencia de 4 a 60 hipos por minuto. La frecuencia de hipo es inversamente proporcional a la presión parcial arterial de dióxido de carbono ( $P_{aCO_2}$ ; es decir, según disminuye la  $P_{aCO_2}$  (p. ej., en la hiperventilación), la frecuencia de hipo aumenta. Contener la respiración (o respirar en una bolsa de papel) puede causar un aumento en la  $P_{aCO_2}$  y, consiguientemente, una disminución en la frecuencia del hipo. El hipo que dura hasta 48 horas se denomina crisis de hipo y se considera agudo. El hipo crónico, persistente o recurrente, generalmente se considera patológico. El hipo que dura más de 48 horas se denomina hipo persistente; si el hipo dura más de 2 meses, se considera resistente al tratamiento. El hipo puede ser hasta 5 veces más frecuente en varones que en mujeres. La mayoría de los pacientes con hipo evaluados en un estudio eran varones (91%), mayores de 50 años de edad (intervalo, 9 meses hasta 80 años) y tenían enfermedades coexistentes (78%). La distensión gástrica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) pueden ser las causas más importantes<sup>12</sup>. Una clasificación amplia de las múltiples causas de hipo incluye la irritación de los nervios vago y frénico (p. ej., manipulación intraoperatoria, esofagitis), trastornos del sistema nervioso central (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, encefalitis), trastornos tóxico-metabólicos o asociados a fármacos (p. ej., uremia, intoxicación por alcohol, anestesia general) y factores psicógenos (estrés, ansiedad). El hipo inducido por progesterona puede estar causado por sus efectos glucocorticoideos. El hipo inducido por esteroides anabolizantes se produjo en un levantador de

pesos de élite horas después de aumentar la dosis. Se ha propuesto que la progesterona, los esteroides anabolizantes y los corticoides pueden reducir el umbral de la transmisión sináptica en el mesencéfalo y estimular directamente el arco reflejo del hipo. Las causas de hipo neurógeno son la palidotomía posteroventral, la esclerosis múltiple, el infarto medular lateral, el cavemoma de la médula oblonga, el aneurisma de la arteria basilar y el hemangioblastoma cerebeloso.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento del hipo debería estar dirigido a la causa específica si puede identificarse. La eliminación de los fármacos causantes y la corrección de las situaciones o desequilibrios que pueden facilitar el hipo deberían constituir los esfuerzos terapéuticos iniciales. El tratamiento dirigido (si la causa del hipo es conocida) es el abordaje más racional. El hipo secundario a ERGE se resuelve tras el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (lansoprazol)<sup>16</sup>. El hipo en un paciente que realiza diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) con solución estándar mejoró con el uso de una solución de diálisis de pH neutro. Por tanto, es prudente realizar una anamnesis y exploración física adecuadas, así como las pruebas diagnósticas de laboratorio, de imagen y endoscópicas apropiadas. Sin embargo, existen muchas situaciones en las que la causa del hipo no puede ser identificada o abordada, y en estos casos deberían instaurarse medidas o tratamientos generales. La combinación de cisaprida, omeprazol y baclofeno (COB) se ha utilizado para este tipo de tratamiento. Debido a que ya no se dispone de cisaprida, algunos médicos han utilizado tegaserod (también un agonista de los receptores 5-HT<sub>4</sub>) La gabapentina como «tratamiento adyuvante parece haber sido ocasionalmente satisfactoria en combinaciones de cisaprida, omeprazol y gabapentina (COG) o cisaprida, omeprazol, baclofeno y gabapentina (COBG a DPCA/hemodiálisis) deben tener mucha precaución con el tratamiento con baclofeno, porque se elimina por vía renal. Incluso el tratamiento con baclofeno «a dosis bajas» en pacientes en DPCA produjo depresión respiratoria grave. La clorpromazina (un derivado dimetilamina de

la fenotiazina) y el haloperidol actúan como antagonistas centrales de la dopamina en el hipotálamo. La metoclopramida puede reducir la intensidad de las contracciones esofágicas y también actúa como antagonista dopaminérgico. La nifedipina (un antagonista de los canales del calcio) puede desempeñar una función en la reversión de la despolarización anómala en el arco reflejo del hipo. La sertralina también puede ser beneficiosa. La sertralina puede actuar sobre los receptores 5-HT<sub>4</sub> periféricos en el aparato digestivo (por lo que reduce la motilidad anómala esofágica, gástrica o diafragmática) Para el tratamiento del hipo crónico resistente se han utilizado otros fármacos y otras técnicas como el nefopam (actualmente no disponible en Estados Unidos), la lidocaína intravenosa, la anestesia de corta duración y, en casos aislados, la quinidina, la ketamina, los estimulantes del sistema nervioso central, la ranitidina, los agonistas dopaminérgicos, el clonazepam y otros anticonvulsivantes (p. ej., fenitoína). En los casos más graves, o si la simeticona sola no es eficaz, puede añadirse la metoclopramida<sup>23</sup>; puede ser útil como fármaco procinético mediante el aumento del tono esofágico, y por tanto disminuyendo el reflujo gastroesofágico, o como antagonista de los receptores de dopamina. La sugerencia del tratamiento

#### **Tratamiento no farmacológico del hipo**

Los abordajes no farmacológicos han incluido los tratamientos físicos (inicio de la maniobra de Valsalva o conirritación del nervio vago) y el uso de marcapasos respiratorios. Pueden intentarse maniobras físicas anecdóticas, como mantener la respiración, la irritación de la nasofaringe, los tragos largos y lentos de agua, la compresión de la nariz mientras se deglute, el agua helada intranasal, el lavado gástrico con hielo, la presión prolongada sobre el diafragma, la maniobra de Heimlich y la hipnosis. La estimulación faríngea tiende a inhibir el hipo, pero el efecto puede ser sólo temporal. Kumar propuso que una técnica sencilla para eliminar el hipo es iniciar el reflejo nauseoso mediante la depresión digital de la base de la lengua<sup>30</sup>. Es posible que la interrupción transitoria de la respiración causada por el inicio del proceso

náusea-deglución pueda restaurar la ritmicidad normal en los nervios frénicos. La acupuntura puede ser útil como opción terapéutica para combatir el hipo resistente al tratamiento. Payne y cois, describieron un caso de hipo resistente al tratamiento que se produjo tras un infarto de fosa posterior que se resolvió completamente tras la colocación de un estimulador del nervio vago. Se ha hablado de otros numerosos tratamientos anecdóticos (p. ej., bloqueo epidural cervical, bloqueo cervical del nervio frénico) como potenciales tratamientos del hipo resistente. También existe un informe anecdótico de dos casos de hipo resistente que no respondía a los «tratamientos habituales» pero se eliminó con metilcelulosa (tres sobres de metilcelulosa en 300ml de agua templada), cuyo razonamiento es que la distensión gástrica puede eliminar debería buscarse la causa del hipo e instaurar tratamientos dirigidos a la misma, como la eliminación de cualquier entidad favorecedora. Con frecuencia se concluye que el hipo resistente al tratamiento es idiopático o tiene una etiología incierta; incluso si se identifica una causa, puede no ser susceptible de ser tratada en la población de cuidados paliativos. Los abordajes farmacológicos son con frecuencia el tratamiento más racional para los pacientes de cuidados paliativos con hipo idiopático resistente al tratamiento. Se requieren estudios prospectivos de gran tamaño, bien diseñados, multicéntricos, de doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo, pero son difíciles de llevar a cabo, principalmente debido a la relativamente baja incidencia del hipo (Perspectivas futuras),

## **Bibliografía**

Cancerini T.A .Fainsiguer. R. (et al), (2010) “medicina paliativa” España, Elsevier,