

25 DE
JUNIO
DE
2020

HIPO

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

6TO SEMESTRE

MEDICINA PALIATIVA

DR. RICARDO ACUÑA DE SAS

CHRISTOPHER MANUEL LIY NAZAR

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 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 El hipo inducido por progesterona puede estar causado por sus efectos glucocorticoideos. El hipo inducido por esteroides anabolizantes se produjo en un levantador de 2 pesos de élite horas después de aumentar la dosis. Las causas de hipo neurógeno son la palidotomía posteroventral, la esclerosis múltiple, el infarto medular lateral, el cavemoma de la médulaoblonga, el aneurisma de la arteria basilar y el hemangioblastomacerebeloso.

TRATAMIENTO

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) 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-HT₄) 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.

La clorpromazina (un derivado dimetilamina de 3 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-HT₄ 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)

Tratamiento no farmacológico del hipo Los abordajes no farmacológicos han incluido los tratamientos físicos (inicio de la maniobra de Valsalva o contrairritación del nervio vago) y el uso de marcapasos respiratorios 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 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