

S. Ansó Oliván, T. Alvarez Martín,
J.M. Merino Arribas, J. Sanchez Martín,
I. Carpintero Martín,
J.B. González de la Rosa

An Esp Pediatr 1998;49:399-400.

Introducción

El hipo es una contracción involuntaria y espasmódica de los músculos inspiratorios, asociada con un cierre retrasado y brusco de la glotis causando un sonido peculiar⁽¹⁻⁴⁾. Los episodios cortos de hipo, son comunes en niños sanos y no requieren atención médica, pero el hipo crónico es un hecho raro que puede llegar a ser debilitante para el paciente⁽¹⁻²⁾. Son numerosos los tratamientos, la mayoría de ellos con escasa efectividad, que se han intentado para el tratamiento del hipo crónico en adultos, sin embargo es escasa la experiencia en niños⁽³⁾. El baclofeno parece ser una alternativa segura y eficaz en estos casos⁽³⁾.

Caso clínico

Niña de 2,5 años de edad que presenta episodios recurrentes de hipo desde los 6 meses de vida. Los episodios tienen una duración de 2 a 5 días repitiéndose cada 4 a 8 semanas. El hipo es intenso, no desapareciendo con el sueño, dificultando la alimentación y creando gran angustia familiar. En las crisis prolongadas presenta afectación del estado general con astenia.

Un tránsito gastroesofágico realizado previamente, no presentaba alteraciones. Había recibido tratamiento con clorpromacina y piridoxina sin disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis.

Historia perinatal normal, sin antecedentes familiares de interés. No refiere vómitos o regurgitaciones.

Presenta una exploración física normal con un desarrollo ponderoestatural adecuado, peso de 12,800 kg (P50), talla de 88 cm (P25) y desarrollo psicomotor normal.

Se realiza hemograma y bioquímica general, radiografía de tórax, ecografía abdominal y tomografía craneal siendo todos ellos normales. Durante uno de los episodios se realiza una radioscopia observándose buena movilización de ambos diafragmas. La pH-metría intraesofágica presenta durante el sueño caídas de pH que no alcanzan el pH 4 sospechosas de episodios de reflujo gastroesofágico a pH poco ácido; estos episodios coinciden en los momentos en que suelen comenzar las crisis de hipo.

Hipo crónico en la infancia: Utilidad del Baclofeno

Se inicia tratamiento con cisaprida apareciendo a los 2 días un nuevo episodio de hipo, asociándose al tratamiento baclofeno a la dosis de 2,5 mg/12 h cediendo el episodio de hipo con las 2 primeras dosis (24 horas), suspendiendo el tratamiento con baclofeno. Actualmente recibe únicamente tratamiento continuo con cisaprida sin presentar nuevos episodios de hipo en los últimos 10 meses.

Discusión

El hipo crónico es aquel que dura más de 48 horas o presenta ataques recurrentes, la duración es variable dependiendo de la causa, así como de la eficacia terapéutica⁽¹⁾.

Las consecuencias del hipo crónico van a depender, tanto de la duración, como de la causa subyacente. En los episodios prolongados de hipo, la alimentación y/o el sueño pueden alterarse produciendo pérdida de peso, cansancio, ansiedad o depresión. Habitualmente la frecuencia del hipo decrece con la profundidad del estado del sueño y pierde su ritmicidad durante el sueño REM, aunque en nuestro caso el hipo persistía durante el sueño impidiendo su descanso⁽⁵⁾.

Son múltiples y variadas las causas que pueden provocar hipo: enfermedades del sistema nervioso central, trastornos psiquiátricos, procesos metabólicos, infecciosos o tóxicos, procesos localizados en oídos, nariz, tórax o abdomen que produzcan compresión o irritación local⁽¹⁾.

La ausencia de antecedentes patológicos o de ingesta de fármacos, la analítica y las pruebas de imagen, permiten descartar todas estas causas en nuestra paciente, salvo un mínimo reflujo gastroesofágico. Esta situación se ha relacionado claramente con el hipo crónico. Existe controversia sobre si el hipo es causa o consecuencia del reflujo gastroesofágico. En la mayoría de los casos el hipo es una consecuencia de la irritación esofágica producida por el contenido ácido del estómago. Sin embargo, se han descrito casos en los cuales el reflujo se detectaba sólo durante los ataques de hipo, lo que sugiere que el reflujo es una consecuencia directa del hipo, circunstancia que debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes en los que el tratamiento antirreflujo no soluciona el hipo⁽⁶⁾.

La fisiopatología del hipo es aún desconocida. Se ha descrito un arco reflejo del hipo, cuyas aferencias serían el nervio frénico, el vago y las fibras simpáticas de T6 a T12. El centro del hipo se localizaría en el tronco cerebral posiblemente dentro de los centros respiratorios, o en la columna cervical entre C3 y

Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

Correspondencia: Dra. Sara Ansó Oliván. Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Avda. del Cid, s/n. 09005 Burgos

Recibido: Enero 1998

Aceptado: Junio 1998

C5 con la principal rama eferente que es el nervio frénico⁽⁷⁾.

Ante un caso de hipo crónico se debe realizar un estudio exhaustivo de las posibles causas con el fin de iniciar un tratamiento etiológico. Los tratamientos descritos para el hipo crónico idiopático son muy variados y la mayoría tienen escaso éxito.

Las crisis cortas de hipo suelen desaparecer espontáneamente. En caso contrario la mayoría de los autores recomiendan intentar alguno de los métodos simples tradicionales; maniobras respiratorias (aguantar la respiración con extensión del cuello, beber un vaso de agua rápidamente, maniobras de Valsalva, hiperventilación...), estimulación nasal y faríngea (presión en el puente nasal, tracción de la lengua, estimulación de la pared posterior de la faringe...), estimulación vagal (compresión ocular, masaje carotídeo, masaje rectal digital...), compresión bilateral del conducto auditivo externo y los clásicos sustos⁽¹⁾.

En caso de que estos métodos no sean eficaces se debe indicar un tratamiento médico. La mayoría de los autores recomiendan probar por su potencia y seguridad relativa la clorpromacina. Otras posibilidades incluyen la metoclopramida, haloperidol, amitriptilina, carbamazepina, nifedipina o ácido valproico, todos ellos con escaso éxito o efectividad no valorable por el pequeño tamaño de los estudios⁽⁹⁾. El baclofeno parece ser la excepción a la regla ya que son numerosas las referencias sobre su éxito en el tratamiento del hipo crónico en adultos.

El baclofeno es un derivado lipofílico del ácido gamma-aminobutírico (GABA) que es el neurotransmisor inhibitorio más importante del sistema nervioso central. Se une a los receptores GABA_b con actividad agonista. Aunque no se conoce la razón de su efectividad en el tratamiento del hipo, probablemente es atribuible a esta acción inhibitoria⁽¹⁰⁾.

En niños mayores de 10 años la dosis recomendada es de 0,75 a 2 mg/kg de peso, con un máximo de 2,5 mg/kg/día. La dosificación debe incrementarse cuidadosamente. Las dosis de mantenimiento recomendadas son: de 12 meses a 2 años de 10 a 20 mg/día; de 2 a 6 años de 20 a 30 mg/día y de 6 a 10 años de 20 a 30 mg/día⁽¹¹⁾.

En los casos publicados de tratamiento con baclofeno se describe la desaparición del hipo con las primeras dosis del fármaco^(2-4,12,13), recomendando su retirada si esto no ocurre⁽¹⁻⁴⁾. La retirada del tratamiento debe ser progresiva.

Los efectos secundarios más comunes son somnolencia, náuseas, vómitos, confusión, fatiga e hipotonía. Menos frecuentemente pueden aparecer mareos, hipotensión, alucinaciones, depresión, cefalea, tinnitus, parestesias, diarrea o estreñimiento, insomnio, alteraciones visuales, reacciones alérgicas en piel, prurito, alteraciones urinarias y daño hepático⁽¹¹⁾.

En un estudio multicéntrico realizado para determinar la utilidad del baclofeno, el tratamiento fue eficaz en un 84% de los pacientes⁽⁴⁾. En aquellos casos que recayeron durante la retirada, la reintroducción del tratamiento siempre fue eficaz.

Creemos que a pesar de la escasa experiencia en el uso del baclofeno en el hipo crónico en la infancia, esta terapia debe ser considerada cuando fracasen las medidas convencionales.

Bibliografía

- 1 Launois S, Bizec JL, Whitelaw WA, Cabane J, Derenne JPh. Hiccup in adults: an overview. *Eur Respir J* 1993; **6**:563-575.
- 2 Pérez del Molino A, Sampedro I, González-Macías J. Tratamiento del hipo "intratable" con baclofén. *Rev Clín Esp* 1996; **196**:831-833.
- 3 Johnson BR, Kriel RL. Baclofen for Chronic Hiccups. *Pediatr Neurol* 1996; **15**:66-67.
- 4 Guelaud C, Similowski T, Bizec JL, Cabane J, Whitelaw WA, Derenne JP. Baclofen therapy for chronic hiccup. *Eur Respir J* 1995; **8**:235-237.
- 5 Askenazy JJM. Sleep hiccup. *Sleep* 1988; **11**:187-194.
- 6 Fisher J, Mittal RK. Hiccups and gastroesophageal reflux: cause or effect?. *Dig Dis Sci* 1989; **348**:1277-1280.
- 7 Kolodzik PW, Eilers MA. Hiccup (singultus). Review and approach to management. *Ann Emerg Med* 1991; **20**:565-573.
- 8 Fodstadt H, Blom S. Phrenic nerve stimulation (diaphragm pacing) in chronic singultus. *Neurochirurgia* 1984; **27**:115-116.
- 9 Fry ENS. Management of intractable hiccup. *Br Med J* 1997; **2**:704.
- 10 Marco Igual M. Farmacología clínica del sistema GABAérgico (I). *Med Clin (Barc)* 1994; **102**:339-345.
- 11 The Royal Pharmaceutical Society. Skeletal Muscle Relaxants en "The extra pharmacopoeia". Martindale ed staff 31ª edition. London, 1996: 1515-1516.
- 12 Yaqoob M, Prabhu P, Ahmad R. Baclofen for intractable hiccups. *Lancet* 1989; **2**:562-563.
- 13 Lancet JW, Bassil GT. Familial intractable hiccup relieved by baclofen. *Lancet* 1989; **29**:276-277.