

Reporte de Caso / Case Report

Hipo persistente y neumomediastino: un binomio clínico poco frecuente

Persistent hiccup and pneumomediastinum: a rare clinical presentation

***Víctor Raúl Luraschi Centurión¹, Rita Monthzerrat Miranda Vergara²,
Montserrat Almada Ruiz Díaz³, Roun Kim⁴**

¹Hospital General de Luque, Servicio de Cirugía General. Luque, Paraguay

RESUMEN

Introducción: El hipo persistente es un síntoma infrecuente que puede asociarse a múltiples etiologías, entre ellas alteraciones mediastinales y trastornos esofágicos. El neumomediastino espontáneo es una entidad rara, generalmente benigna, que puede presentarse con manifestaciones clínicas atípicas. **Caso clínico:** Paciente masculino de 24 años de edad remitido por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por hipo persistente severo, acompañado de náuseas y vómitos alimentarios. Al examen físico destacaba enfisema subcutáneo cervical. Los estudios imagenológicos demostraron neumomediastino extenso y escaso neumopericardio, sin evidencia de perforación esofágica. La endoscopia digestiva alta reveló esofagitis erosiva grado D de Los Angeles y una gran hernia hiatal por deslizamiento. Se realizó manejo conservador con inhibidores de bomba de protones, observación clínica y tratamiento sintomático, con evolución favorable y resolución del neumomediastino. **Conclusión:** El hipo persistente debe motivar una evaluación integral que incluya causas torácicas y esofágicas. La coexistencia de neumomediastino espontáneo, esofagitis erosiva severa y hernia hiatal podría haber contribuido al desarrollo del cuadro clínico. El reconocimiento oportuno de estas entidades permite establecer un tratamiento adecuado y evitar procedimientos invasivos innecesarios.

Palabras clave: Hipo persistente, neumomediastino espontáneo, hernia hiatal, esofagitis erosiva, efecto Macklin.

ABSTRACT

Introduction: Persistent hiccup is an uncommon symptom that may be associated with a wide range of etiologies, including gastrointestinal, neurological, metabolic, and thoracic disorders. Spontaneous pneumomediastinum is a rare and usually benign condition that may occasionally present with atypical clinical manifestations. **Case Report:** A 24-year-old male was referred to our institution with a 15-day history of severe persistent hiccup associated with nausea and recurrent food-content vomiting. Physical examination revealed palpable cervical subcutaneous emphysema. Computed tomography demonstrated extensive pneumomediastinum involving the superior, middle, and inferior mediastinum, associated with a small pneumopericardium, without evidence of esophageal perforation. Upper gastrointestinal endoscopy revealed Los Angeles grade D erosive esophagitis and a large sliding hiatal hernia. Conservative management consisting of proton pump inhibitors, symptomatic treatment, and clinical observation was implemented, resulting in progressive resolution of symptoms and complete recovery. **Conclusion:** Persistent hiccup should prompt a comprehensive diagnostic evaluation, including thoracic and esophageal causes. The coexistence of spontaneous pneumomediastinum, severe erosive esophagitis, and hiatal hernia may have contributed to the clinical presentation observed in this patient. Early recognition of these conditions allows appropriate management and may prevent unnecessary invasive procedures.

Keywords: Persistent hiccup, spontaneous pneumomediastinum, hiatal hernia, erosive esophagitis, macklin effect.

***Autor correspondiente:** Víctor Raúl Luraschi Centurión. Email: luracho@gmail.com

Fecha de recepción: marzo 2026. Fecha de aceptación: mayo 2026

Editora responsable: Graciela Velázquez¹. Universidad Católica de Asunción. Asunción, Paraguay.



INTRODUCCIÓN

El hipo es una contracción involuntaria del diafragma seguida del cierre abrupto de la glotis. Cuando persiste por más de 48 horas se clasifica como hipo persistente, y más de un mes como hipo refractario o intratable. Su etiología es diversa e incluye causas metabólicas, neurológicas, torácicas y gastrointestinales.

La mayoría de los episodios de hipo son autolimitados y benignos; sin embargo, el hipo persistente representa una condición infrecuente que requiere una evaluación diagnóstica dirigida para identificar causas orgánicas subyacentes.

El neumomediastino espontáneo (NME) es la presencia de aire libre en el mediastino sin antecedente traumático o iatrorénico. Se relaciona con maniobras de Valsalva, vómitos recurrentes, crisis asmáticas, consumo de drogas inhaladas y patología esofágica. Su manifestación habitual es dolor torácico, disnea o enfisema subcutáneo; el hipo es una presentación excepcional.

La asociación entre NME, hernia hiatal y esofagitis erosiva severa es poco frecuente y su relación causal aún no está claramente definida. Presentamos un caso clínico destacando la evaluación diagnóstica y el abordaje conservador exitoso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años de edad, derivado de otro centro asistencial por cuadro de hipo persistente severo de 15 días de evolución, refractario a medicación sintomática habitual. Una semana antes del ingreso presentó náuseas y múltiples episodios de vómitos de contenido alimentario, asociados a accesos de tos seca y sensación febril no cuantificada.

El paciente negó episodios similares previos, antecedentes digestivos conocidos, enfermedades respiratorias, tabaquismo o consumo de drogas inhaladas. Refirió consumo ocasional de alcohol en contexto social. No presentaba antecedentes patológicos personales de relevancia.

Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con signos vitales dentro de parámetros normales para su edad. Al examen físico destacaba enfisema subcutáneo cervical palpable. El examen cardiopulmonar no evidenció alteraciones significativas y el abdomen se encontraba blando, depresible e indoloro, sin signos de irritación peritoneal.

Tabla 1: Cronología de los eventos clínicos.

Día	Evento
0	Inicio del hipo persistente
8	Inicio de náuseas y vómitos
15	Ingreso hospitalario
16	TAC CC de cuello y tórax / Fibrobroncoscopia Virtual
17	Endoscopia digestiva alta / Inicio de Tratamiento conservador
23	Alta hospitalaria

Laboratorio de ingreso: Hb 13,5 g/dL; Hto 39%. GB 8.900/mm³, neutrófilos 80%. Resto de parámetros sin particularidades.

Trae consigo estudios previos realizados en otro centro.

Ecografía abdominal: vesícula distendida con barro biliar; vías biliares no dilatadas; aorta de calibre conservado; sin líquido libre ni signos obstructivos intestinales.

TAC simple de cuello y tórax: Enfisema subcutáneo cervical y supraclavicular. Neumomediastino difuso comprometiendo todos los compartimientos. Escaso neumopericardio. Tiroides y cadenas ganglionares sin alteraciones. (Figura 1A-B)

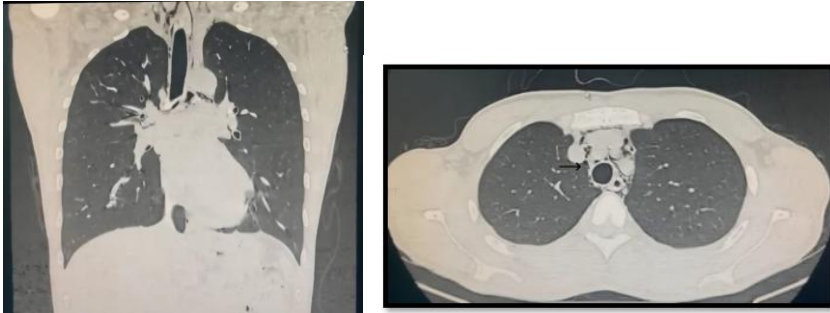


Figura 1A-B) Tomografía simple de Cuello y Tórax: Neumomediastino

El paciente había recibido previamente tratamiento sintomático para el hipo con baclofeno 10 mg cada 8 horas y levomepromazina, presentando mejoría parcial de los episodios de hipo y de los accesos de tos, conducta que se mantuvo inicialmente durante la internación.

Como parte del estudio etiológico del neumomediastino se realizó fibrobroncoscopia virtual mediante reconstrucción tomográfica, la cual no evidenció lesiones endobronquiales, defectos de la pared traqueobronquial ni signos indirectos de fístula aérea. Este hallazgo contribuyó a descartar lesiones traqueobronquiales como causa del neumomediastino y apoyó el diagnóstico de neumomediastino espontáneo. (Figura 2)

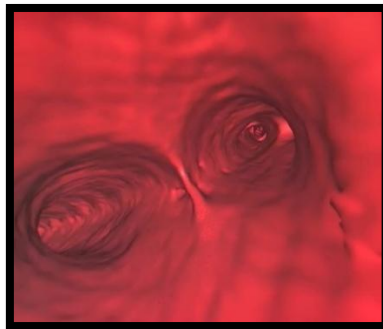


Figura 2. Fibrobroncoscopia virtual obtenida mediante reconstrucción tomográfica. No se observan lesiones endoluminales, defectos de la pared traqueobronquial ni evidencia de comunicación aérea patológica. El estudio contribuyó a excluir lesiones traqueobronquiales asociadas al neumomediastino.

TAC de cuello y tórax con contraste oral: se identifica neumomediastino extenso, con presencia de aire libre que se extiende desde el espacio cervical profundo, a través del mediastino superior, medio e inferior. No se identifican colecciones ni evidencia de neumotorax asociado. No se identifica extravasación del medio de contraste oral administrado a lo largo del trayecto esofágico, desde la orofaringe hasta la unión gastroesofágica, ni en cavidad torácica o abdominal superior; planos faringéos y parafaringéos conservados. A nivel laringo-traqueal se visualizan estructuras de características tomográficas normales. La tráquea sin evidencia de lesiones parietales ni endoluminales.

Endoscopia digestiva alta (EDA): Esofagitis erosiva grado D de Los Ángeles. Gran hernia hiatal por deslizamiento. (Figura 3)



Figura 3. Endoscopia Digestiva Alta: Esofagitis Erosiva Grado D de Los Ángeles asociado a Hernia hiatal por deslizamiento.

Por los hallazgos de la endoscopia digestiva alta se instauró tratamiento conservador consistente en dexlansoprazol 60 mg cada 12 horas, paracetamol 1g cada 8 horas según necesidad y reposo relativo. Asimismo, se mantuvo observación clínica estrecha para monitorizar la evolución del enfisema subcutáneo cervical y del neumomediastino.

Durante la internación evolucionó favorablemente, con disminución del hipo y absorción progresiva del neumomediastino, posterior al inicio del tratamiento para la esofagitis. Fue dado de alta al séptimo día de internación con clara mejoría clínica y resolución del aire mediastinal en estudios de control.

DISCUSIÓN

En este caso, el hipo persistente se presentó como una manifestación inusual de un neumomediastino espontáneo (NME). Aunque el dolor torácico, la disnea y el enfisema subcutáneo constituyen las manifestaciones más frecuentes del neumomediastino espontáneo, existen reportes aislados donde el hipo persistente desempeña un papel relevante en la presentación clínica. La literatura disponible sobre neumomediastino espontáneo con presentación predominante en forma de hipo persistente es limitada. Na y colaboradores describieron un paciente joven con hipo intratable de siete días de evolución que desarrolló neumomediastino y enfisema subcutáneo sin evidencia de perforación esofágica o lesión traqueobronquial. Los autores propusieron que los incrementos repetidos de la presión intratorácica asociados al hipo podrían desempeñar un papel en el desarrollo del neumomediastino. Este reporte comparte características clínicas

con nuestro caso y respalda la consideración del neumomediastino dentro del diagnóstico diferencial del hipo persistente⁽¹⁾.

Tras revisar la literatura disponible, identificamos escasos reportes donde el hipo persistente constituye el síntoma predominante del neumomediastino espontáneo, lo que resalta la singularidad clínica de nuestro caso.

El NME es una entidad rara, pero está bien descrita en la literatura, destacándose por su curso generalmente benigno y su buena evolución con tratamiento conservador. En una de las series más relevantes, —Macia et al.— describieron 41 casos con resolución sin necesidad de intervención quirúrgica⁽²⁾. De manera similar, otros estudios han confirmado que la mayoría de estos pacientes evolucionan favorablemente con manejo conservador^(2,3).

El mecanismo más aceptado del NME es el efecto Macklin, que consiste en la ruptura alveolar secundaria a un aumento súbito en la presión intrapulmonar, permitiendo la disección de aire a lo largo de las vainas broncovasculares hacia el mediastino^(4,8).

Estudios con tomografía multicorte han demostrado el efecto Macklin en la mayoría de los casos de NME, como el trabajo de Sakai y colaboradores, que lo observaron en 8 de 9 pacientes evaluados⁽⁵⁾. Otras revisiones radiológicas confirman que el patrón lineal de aire contiguo a vasos y bronquios es un hallazgo característico en la tomografía⁽⁴⁾.

En nuestro caso, aunque no se describió explícitamente este signo en los estudios de imagen, el hallazgo de neumomediastino extenso sin evidencia de perforación es compatible con esta fisiopatología.

La presencia de esofagitis erosiva grado D y una gran hernia hiatal por deslizamiento son factores asociados al reflujo gastroesofágico severo. En este contexto, los episodios repetidos de vómitos podrían haber favorecido aumentos bruscos de la presión intratorácica y contribuido al desarrollo del neumomediastino observado en nuestro paciente⁽⁵⁾.

La fisiopatología del reflujo en estos pacientes involucra múltiples mecanismos. Boeckxstaens et al., en una revisión sobre enfermedad por reflujo, describen la interacción entre la presión del esfínter esofágico inferior, las relajaciones transitorias, la limpieza esofágica y la ubicación del "acid pocket"— todos exacerbados en presencia de hernia hiatal⁽⁶⁾.

Además, estudios con impedancia y manometría demostraron que ciertos pacientes con hernia hiatal pueden presentar reflujo en momentos no habituales, incluso sin relajaciones transitorias, lo que sugiere patrones fisiopatológicos complejos⁽⁶⁾.

Un aspecto crítico en pacientes con neumomediastino es descartar una perforación esofágica, especialmente el síndrome de Boerhaave, dado su alto riesgo y mortalidad. Revisiones recientes enfatizan que la principal prioridad diagnóstica ante un paciente con neumomediastino y antecedentes de vómitos es excluir causas secundarias potencialmente graves, especialmente la perforación esofágica. Una vez descartada esta condición mediante estudios de imagen apropiados, la mayoría de los casos de neumomediastino espontáneo pueden ser manejados de forma conservadora con excelentes resultados clínicos⁽⁷⁾.

En nuestro paciente, la TAC con contraste oral no evidenció extravasación, descartando esta condición.

En un análisis de 62 pacientes adultos con NME, Iyer y colaboradores reportaron que, aunque muchos pacientes fueron sometidos a estudios

avanzados, la mayoría no presentaba una causa grave subyacente⁽³⁾. Esto respalda que el NME primario suele ser benigno y que una evaluación sistemática ayuda a excluir emergencias.

El tratamiento del NME es típicamente conservador: reposo, analgesia, monitorización y oxigenoterapia si está indicada. En la serie de Macia et al⁽²⁾, todos los pacientes evolucionaron favorablemente sin necesidad de intervención quirúrgica.²

Nuestro paciente mostró mejoría progresiva del hipo y resolución del aire mediastinal en el transcurso de una semana con tratamiento conservador y la administración de inhibidores de bomba de protones (IBP).

Dado que la irritación mediastinal puede estimular el nervio frénico o ramas del nervio vago, es posible que el hipo haya sido secundario al propio neumomediastino; el hecho de que el síntoma se resolviera al disminuir el aire mediastinal refuerza esta posibilidad.

Este caso resalta la importancia de considerar el neumomediastino espontáneo dentro del diagnóstico diferencial del hipo persistente, especialmente cuando se asocia a síntomas gastrointestinales o hallazgos sugestivos de enfisema subcutáneo. Asimismo, pone de manifiesto la necesidad de una evaluación sistemática orientada a descartar perforación esofágica y otras causas secundarias potencialmente graves. Finalmente, la coexistencia de esofagitis erosiva severa, hernia hiatal y episodios repetidos de vómitos podría haber contribuido al desarrollo del neumomediastino observado en este paciente, aunque la naturaleza observacional de este reporte impide establecer una relación causal definitiva.

LIMITACIONES DE CASO

Este reporte presenta algunas limitaciones. No se realizaron estudios funcionales esofágicos, como manometría esofágica o monitoreo de pH, que permitieran caracterizar con mayor precisión la relación entre la hernia hiatal, el reflujo gastroesofágico y el desarrollo del neumomediastino. Asimismo, al tratarse de un único caso clínico, no es posible establecer una relación causal definitiva entre la esofagitis severa, los episodios de vómitos y la aparición del neumomediastino espontáneo. Finalmente, no se dispone de seguimiento clínico prolongado para evaluar recurrencias a largo plazo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo consentimiento informado escrito del paciente para la publicación del presente caso clínico y de las imágenes incluidas en el manuscrito. Se preservó la confidencialidad de la información clínica y la identidad del paciente conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

CONCLUSIÓN

El presente caso subraya la importancia de una evaluación multidisciplinaria del hipo persistente severo. La coexistencia de neumomediastino espontáneo con esofagitis severa y hernia hiatal podría haber contribuido al desarrollo del neumomediastino en este paciente, aunque no es posible establecer una relación causal definitiva. El enfoque diagnóstico cuidadoso permitió descartar perforación esofágica y guiar un tratamiento conservador exitoso, con resolución completa del cuadro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Na SJ, Lee HG, Kim JH, Kim IS, Choi YD, Kim YI. Intractable hiccups as a rare presentation of pneumomediastinum. *Yonsei Med J.* 2005; 46(2): 292-5.
2. Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007; 31(6): 1110-4.
3. Iyer VN, Joshi AY, Ryu JH. Spontaneous pneumomediastinum: analysis of 62 consecutive adult patients. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(5): 417-21.
4. Murayama S, Gibo S. Spontaneous pneumomediastinum and Macklin effect: overview and appearance on computed tomography. *World J Radiol.* 2014; 6(11): 850-4.
5. Sakai M, Murayama S, Gibo M, Akamine T, Nagata O. Frequent cause of the Macklin effect in spontaneous pneumomediastinum: demonstration by multidetector-row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 2006; 30(3): 392-5.
6. Boeckxstaens GE, El-Serag HB, Smout AJ, Kahrilas PJ. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. *Gut.* 2014; 63(7): 1185-93.
7. Susai CJ, Koster MJ, Mullan BP, Maldonado F. A clinical review of spontaneous pneumomediastinum. *Mediastinum.* 2024; 8:12.
8. Wintermark M, Schnyder P. The Macklin effect: a frequent etiology for pneumomediastinum in severe blunt chest trauma. *Chest.* 2001; 120(2): 543-7.