

Hipo como complicación inesperada posteriormente a técnica epidural-caudal con betametasona

BORJA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ*, MIREIA PEÑA NAVARRO, MARIA JULIANA CÓRDOBA WAGNER, GEMMA MARÍA USÚA LAFUENTE Y FRANCISCO JAVIER MEDEL REBOLLO

RESUMEN

El hipo o singulto puede ser considerado una sintomatología banal, pero llega a ser un factor muy incapacitante para los pacientes. Es conocida la relación entre corticosteroides orales y la aparición de hipo, pero mucho menos descrita la relación entre corticosteroides e hipo por vía peridural, con solo seis casos publicados hasta el momento. Presentamos el caso de un paciente joven sin tratamiento de base, en el que el único suceso de riesgo para comienzo de esta sintomatología ha sido la realización de técnica epidural-caudal con betametasona como tratamiento de lumbociatalgia izquierda.

Palabras clave: Hipo. Singulto. Corticosteroides. Betametasona. Epidural.

ABSTRACT

The hiccup or singulto can be considered a banal symptomatology but it can become a very disabling factor for patients. The relationship between oral corticosteroids and the appearance of hiccups is well known, but the relationship between the two by peridural procedure is much less described, with only six cases published to date. We present the case of a young patient without basic treatment, in whom the only risk factor for the onset of this symptomatology was the performance of an epidural-caudal technique with betamethasone as treatment for left lumbociatalgia. (DOLOR. 2022;37:50-3)

Keywords: Hiccup. Singultus. Corticosteroids. Betamethasone. Epidural.

Corresponding author: Borja González Rodríguez: bgonzalez1@vhebron.net

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, con índice de masa corporal (IMC) de 25 y antecedente de síndrome ansioso, intervenido quirúrgicamente de apendicectomía y exéresis de lipoma, sin otros antecedentes relevantes. Empleado de una empresa de tratamiento de aguas, en activo.

Conocido por nuestra unidad desde el 2015 por lumbociatalgia pero controlado posteriormente por su médico de atención primaria. En el momento de la visita presenta lumbociatalgia izquierda con irradiación por extremidad inferior izquierda (EII) hasta gastrocnemio con escala visual analógica (EVA) 6-7. Sin toma de medicación analgésica, pero había realizado tratamiento con pregabalina sin mejoría. Se encontraba realizando ejercicio habitual, clases específicas *online* para el dolor, yoga, bicicleta estática y antes de la pandemia realizaba natación. También había realizado rehabilitación, sin presentar mejoría.

A la exploración física presenta test de Lasegue y Bragard positivo izquierdo, dolor paravertebral izquierdo que irradia EII y parestesias en EII. No asocia déficit motor.

La resonancia magnética lumbar realizada en noviembre de 2021 muestra hernia discal posteromedial izquierda L4-L5 levemente migrada caudalmente que impronta sobre el canal raquídeo y contacta con la porción infundibular de la raíz L5 izquierda. Signos de discopatía L5-S1 con fisura radial que impronta sobre el saco dural y agujeros de conjunción con reducción de su diámetro bilateral acentuado por la hipertrofia facetaria en las articulaciones interapofisarias de forma bilateral en L4-L5 y L5-S1 con rectificación de la lordosis lumbar fisiológica. La electromiografía de extremidades inferiores realizada en noviembre de 2021 muestra signos compatibles con afectación radicular crónica en territorio S1 del lado izquierdo en extremidades inferiores de grado moderado.

El paciente entra en nuestro circuito de atención rápida de ciatalgia aguda y se le decide realizar un bloqueo caudal.

Dentro de la sala de quirófano, se colocó al paciente en prono y bajo medidas de esterilidad, se procedió a la introducción de la aguja Touhy 18 por el hiato sacro bajo visión ecográfica. Posteriormente a una aspiración negativa para sangre y líquido cefalorraquídeo, se administró 12 mg de betametasona con suero fisiológico (total 15 ml). Destacar la difi-

cultad para entrar por el hiato sacro, siendo la administración de medicación bien tolerada. Después de estar en observación un par de horas y ante estabilidad clínica y ausencia de complicaciones el paciente es dado de alta a domicilio.

A los dos días del procedimiento, el paciente contacta telefónicamente con la unidad. Refiere aparición de hipo incoercible, que le resultaba muy incapacitante, que él mismo relaciona con el bloqueo caudal, y se acompaña a su vez de sequedad de boca e insomnio. Nuevos episodios de hipo al día siguiente de la infiltración, que se presentan de manera episódica durante el día y la noche, de duración prolongada y gran intensidad, mal tolerados por el paciente, generando mucha preocupación dada la recurrencia y su intensidad. Último episodio el tercer día posterior al procedimiento a las 9 h de la mañana. Se explica que son efectos secundarios atribuibles a la administración de betametasona. Se instaura tratamiento con pregabalina progresiva hasta 75 mg/12 h y se acuerda llamada de control a los tres días.

En el seguimiento, el paciente no presentó nuevos episodios de hipo a partir del tercer día posprocedimiento, cedió el insomnio y presentó un adecuado descanso nocturno. Refiere además mejoría parcial de la radiculopatía. No ha iniciado tratamiento analgésico con pregabalina.

Tras la remisión de los síntomas, se acuerda el control habitual de la técnica.

DISCUSIÓN

El hipo o singulto se define como contracciones espasmódicas involuntarias y repetidas por el músculo diafragma y los accesorios inspiratorios, seguidos posteriormente por una contracción de la glotis. Se puede clasificar esta sintomatología según el tiempo de duración en tres categorías: transitorio, menos de 48 horas; persistente, entre 48 horas y un mes, e intratable, más de un mes. Puede llegar a causar empeoramiento de la concentración, sueño e incluso dolor, con una importante pérdida de calidad de vida.

Está mediado por el reflejo formado por los nervios vago, frénico y la cadena simpática torácica T6-T12, siendo desconocida la razón fisiológica por la que los corticosteroides pueden ayudar a desencadenarlo, siendo alguna de las teorías la asociación de esteroides a la vía aferente del arco reflejo o la disminución

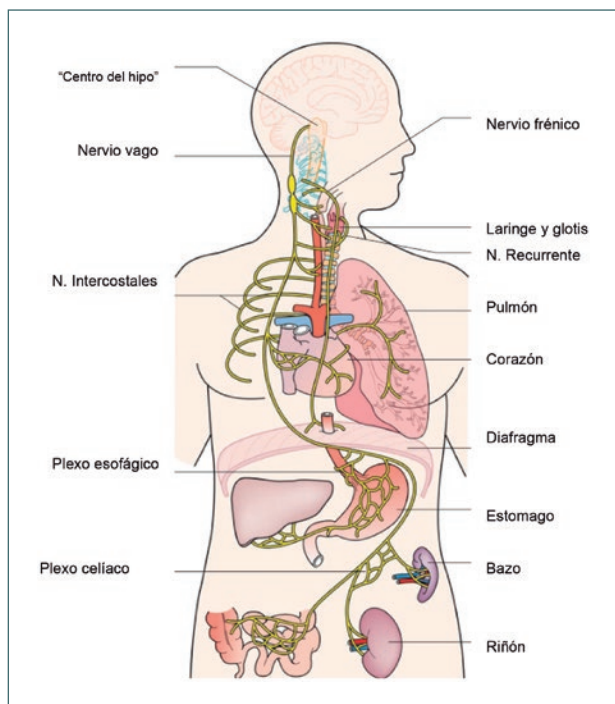


Figura 1. Recorrido Nervio X. Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Nov;42(9):1037-50.

del umbral del potencial de acción¹ (Figura 1). El singulto se ha estudiado como complicación posterior al uso de altas dosis de dexametasona en pacientes oncológicos. Existen pocos estudios sobre la administración de corticosteroides a nivel epidural, pero menos todavía en los que el corticosteroide utilizado haya sido la betametasona²⁻⁶. Varias de estas técnicas fueron realizadas a nivel cervical, dorsal y lumbar, estando menos descrito a nivel caudal^{5,6}.

En los casos previamente publicados sobre el hipo en relación con el uso de betametasona epidural, constan otros posibles desencadenantes, así como la técnica en sí^{2,3}. En nuestro paciente, el único desencadenante posible para la aparición de este suceso ha sido el uso de betametasona epidural, no siendo administrada en concomitancia con anestésicos locales. A su vez, se ha relacionado más frecuentemente con varones jóvenes con sobrepeso u obesidad, criterios que cumplía nuestro paciente (varón de 45 años con IMC 25)².

En muchos de los casos, el hipo es un cuadro auto-limitado (como en el caso de nuestro paciente) pero en otros es necesario instaurar tratamiento farmacológico, siendo la bibliografía sobre este bastante limitada^{1,7}. En el caso de ser un episodio agudo, las maniobras vagales (p. ej., maniobra de Valsalva) sue-

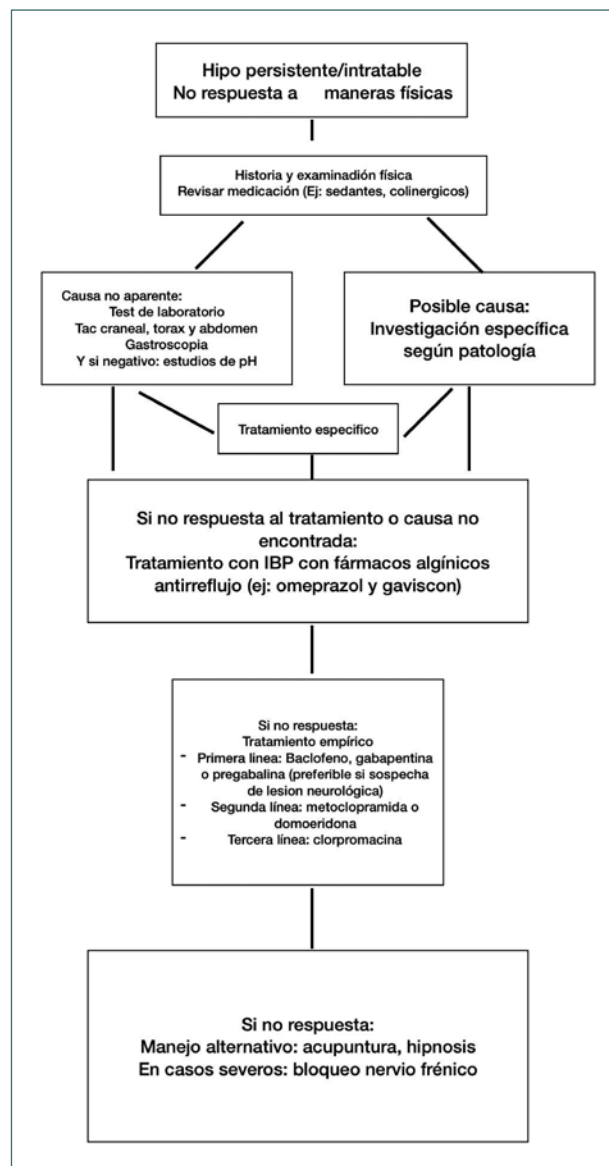


Figura 2. Recorrido Nervio X. Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Nov;42(9):1037-50.

len ser suficientes, sin tener que llegar a nivel farmacológico. Inicialmente se suele comenzar con inhibidores de la bomba de protones (p. ej., omeprazol 40 mg).

Entre las terapias recomendadas se encuentra como primera línea el baclofeno entre 5-20 mg/día administradas en tres dosis (evidencia Ib), la gabapentina entre 300-600 mg/día (evidencia IV) y la pregabalina 75-150 mg/día (evidencia V). Como segunda línea tenemos la metoclopramida tres dosis de 10 mg cada una (evidencia IIb) y la domperidona tres dosis de 10 mg cada una (evidencia V).

Como tratamiento no farmacológico se ha utilizado la hipnosis (evidencia V), la acupuntura (evidencia IV), el bloqueo nervioso C3-C5, nervio frénico o vago (evidencia V) o la implantación de neuroestimuladores en el nervio vago en casos muy refractarios (evidencia V)⁷.

Los anestésicos locales bloquean la entrada de sodio, calcio y potasio a la célula, lo cual explica su posible uso para el tratamiento frente al hipo, pero también que sean un posible desencadenante para este. Según varios reportes de casos, la lidocaína endovenosa, oral o nebulizada ha sido útil en casos refractarios⁸⁻¹⁰ (Figura 2).

CONCLUSIONES

Como conclusión, el hipo como complicación posterior a una técnica epidural es una complicación rara, pero puede llegar a ser muy incapacitante para el paciente. Por ello es de suma importancia el conocimiento del profesional de la posibilidad de este, para así poder informar al paciente antes del procedimiento. Pese a ser poco habitual, dado el impacto que ocasiona, sería preciso continuar investigando

su asociación, ya que los casos publicados continúan siendo escasos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;42(9):1037-50.
2. Vargas Ursúa F, Ramos Hernández C, Fernández Villar A. Hipo persistente tras inyección epidural de betametasona: a propósito de un caso. *Rev Soc Esp Dolor.* 2021;28(2):169-71.
3. Slipman CW, Shin CH, Patel RK, Braverman DL, Lenrow DA, Ellen MI, et al. Persistent hiccup associated with thoracic epidural injection. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001;80(8):618-21.
4. Abubaker AK, Rabadi DK, Kassab M, Al-Qudah MA. Persistent hiccups after cervical epidural steroid injection. *Am J Case Rep.* 2018;19:397-9.
5. Abbasi A, Roque-Dang CM, Malhotra G. Persistent hiccups after interventional pain procedures: a case series and review. *PM R.* 2012;4(2):144-51.
6. Kaydu A, Kılıç ET, Gökçek E, Akdemir MS. Unexpected complication after caudal epidural steroid injection: Hiccup. *Anesth Essays Res.* 2017;11(3):776-7.
7. Moretto EN, Wee B, Wiffen PJ, Murchison AG. Interventions for treating persistent and intractable hiccups in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2019(1):CD008768.
8. Boulouffe C, Vanpee D. Severe hiccups and intravenous lidocaine. *Acta Clin Belg.* 2007;62(2):123-5.
9. Neuhaus T, Ko Y-D, Stier S. Successful treatment of intractable hiccups by oral application of lidocaine. *Support Care Cancer.* 2012;20(11):3009-11.
10. Neeno TA, Rosenow EC 3rd. Intractable hiccups. Consider nebulized lidocaine. *Chest.* 1996;110(4):1129-30.