

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0366>

SÍNDROME DE HIPERÉMESIS CANNABINOIDE EN PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS: REPORTE DE CASO

CANNABINOID HYPEREMESIS SYNDROME IN A 20-YEAR-OLD MALE PATIENT: A CASE REPORT

Balarezo-Espinoza María Paz ¹; Lanche-Troya Candida Vanesa ²; Quezada-Rueda Carina Piedad ³; Bermeo-Polo Ivan Mauricio ⁴; Martinez-Serrano Gerzon David ⁵

¹ Médico General, Cesfam Cardenal Raúl Henríquez. Santiago de Chile, Chile.
Correo: mapazbalarezo1997@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-0393-2949>.

² Licenciada Enfermería, Loja, Ecuador.
Correo: lanchevanessa@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-4059-2939>

³ Médico General, Hospital Básico Yantzaza. Zamora, Ecuador.
Correo: cariquezada20@hotmail.com

⁴ Médico General, Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.
Correo: ivanb.p@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5576-057X>.

⁵ Médico General, Centro de Salud Sigchos. Ecuador.
Correo: mvpdavidmartinez@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-5736-529X>.

Resumen

Introducción: El síndrome de hiperémesis cannabinoide (CHS) es un trastorno de interacción intestino–cerebro asociado al consumo crónico de cannabis, caracterizado por episodios recurrentes de náuseas, vómitos y dolor abdominal, con respuesta limitada a antieméticos convencionales y, con frecuencia, alivio transitorio mediante baños o duchas calientes. **Presentación del caso:** Varón de 20 años, sin comorbilidades relevantes, consultó por vómitos incoercibles de 48 horas y dolor epigástrico. Refirió consumo de cannabis diario desde hacía 4 años y mejoría parcial de los síntomas con duchas calientes. Tras evaluación inicial sin hallazgos de abdomen agudo y respuesta insuficiente a ondansetrón, se instauró hidratación intravenosa, corrección hidroelectrolítica y manejo con haloperidol y capsaicina tópica, con mejoría clínica significativa. Se brindó consejería para cese de cannabis y seguimiento ambulatorio. **Conclusión:** El CHS debe considerarse en pacientes jóvenes con vómitos recurrentes y antecedente de consumo frecuente de cannabis, especialmente si existe alivio con agua caliente. La abstinencia sostenida es la intervención clave para prevenir recurrencias.

Palabras claves: hiperémesis cannabinoide; cannabis; vómito cíclico; urgencias; haloperidol; capsaicina.

Abstract

Introduction: Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS) is a gut-brain disorder associated with chronic cannabis use, characterized by recurrent episodes of nausea, vomiting, and abdominal pain, with a limited response to conventional antiemetics and often transient relief with hot baths or showers. **Case presentation:** A 20-year-old male, with no relevant comorbidities, presented with intractable vomiting of 48 hours and epigastric pain. He reported daily cannabis use for 4 years and partial improvement of symptoms with hot showers. After an initial evaluation with no findings of acute abdomen and an insufficient response to ondansetron, intravenous hydration, electrolyte correction, and treatment with haloperidol and topical capsaicin were initiated, resulting in significant clinical improvement. Counseling for cannabis cessation and outpatient follow-up were provided. **Conclusion:** CHS should be considered in young patients with recurrent vomiting

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2026.

Fecha de publicación: 10 de mayo de 2026.



and a history of frequent cannabis use, especially if relief is provided by hot water. Sustained abstinence is the key intervention to prevent recurrences.

Keywords: cannabinoid hyperemesis; cannabis; cyclic vomiting; emergencies; haloperidol; capsaicin.

1. Introducción

El consumo de cannabis ha aumentado en diversos contextos y, paralelamente, se reconoce con mayor frecuencia el síndrome de hiperémesis cannabinoide (CHS), caracterizado por episodios recurrentes de náuseas, vómitos y dolor abdominal en el contexto de consumo crónico y frecuente. La falta de sospecha clínica puede conducir a estudios repetidos, tratamientos antieméticos inefectivos y reconsultas. En fase aguda, además de la hidratación y la corrección hidroelectrolítica, se ha propuesto el uso de antagonistas dopaminérgicos (p. ej., haloperidol/droperidol) y capsaicina tópica como medidas coadyuvantes, mientras que la abstinencia sostenida constituye la intervención definitiva para prevenir recurrencias.

2. Caso Clínico

Información del paciente: Varón de 20 años, sin antecedentes

patológicos personales de relevancia.

Motivo de consulta: Vómitos incoercibles y dolor abdominal.

Enfermedad actual: Inició hace 48 horas con náuseas intensas y vómitos repetidos 10–15 episodios/día, asociados a dolor epigástrico difuso (EVA 7/10) y pobre tolerancia oral. Refirió alivio parcial tras duchas calientes prolongadas. Reportó episodios similares en los últimos 3–6 meses con consultas previas sin diagnóstico definitivo. Refirió consumo de cannabis diario desde los 16 años aprox. 1g/día.

Examen físico al ingreso: TA 90/50 mmhg, FC 125 lpm, FR 22, T 35.6, SatO₂ 97%. Mucosas secas. Dolor a la palpación epigástrica sin defensa ni signos peritoneales. Ruidos intestinales conservados.

Laboratorio y gabinete: Electrolitos: (compatible con deshidratación leve/moderada). Lipasa [normal]. EGO: cetonas [+/++], sin datos de infección. Tóxicos en orina: THC

positivo. Imagen (ecografía/TC): sin hallazgos de abdomen agudo.

Tratamiento y evolución: Se inició hidratación intravenosa con cristaloides y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas. Se administró ondansetrón 4–8 mg IV con respuesta insuficiente. Posteriormente se administró haloperidol 0.05 mg/kg IV o según protocolo institucional], con monitorización clínica y electrocardiográfica de acuerdo con el riesgo. Se utilizó capsaicina tópica 0.025–0.1% en región abdominal/antebrazos (evitando mucosas), con mejoría del dolor y reducción de los episodios eméticos en las siguientes 2–3 horas. Tras 12–24 horas, toleró vía oral progresiva y fue dado de alta con recomendaciones, signos de alarma, consejería para cese total de cannabis y control en 7–14 días.

3. Resultados y discusión

Este caso es compatible con CHS por la combinación de consumo crónico y frecuente de cannabis, vómitos recurrentes, dolor abdominal y alivio con agua caliente. En urgencias, el diagnóstico es

clínico y se apoya en la exclusión razonable de etiologías graves (p. ej., obstrucción, pancreatitis, infecciones abdominales). Los antieméticos serotoninérgicos suelen ser insuficientes; estudios clínicos sugieren que haloperidol puede ofrecer mayor alivio sintomático, aunque requiere vigilancia de efectos adversos (p. ej., distonía aguda, prolongación del QT) y uso prudente según protocolos locales. La capsaicina tópica se ha propuesto como coadyuvante por su acción sobre receptores TRPV1 y su relación con el alivio térmico, con señal de beneficio en la reducción de síntomas. No obstante, la intervención más importante para prevenir recurrencias es la abstinencia sostenida de cannabis, junto con educación y seguimiento.

4. Conclusiones

El síndrome de hiperémesis cannabinoide debe sospecharse en pacientes jóvenes con vómitos cíclicos o recurrentes y antecedente de consumo frecuente de cannabis, especialmente si existe alivio con duchas/baños calientes. El manejo agudo incluye hidratación y

corrección hidroelectrolítica; haloperidol/droperidol y capsaicina tópica pueden considerarse como coadyuvantes cuando falla el tratamiento convencional, de acuerdo con el contexto clínico y protocolos locales. La abstinencia total de cannabis es la medida decisiva para evitar recaídas.

Bibliografía

1. Rubio-Tapia A, et al. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Management of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Commentary. *Gastroenterology*. 2024;166(5):930-934.e1. doi:10.1053/j.gastro.2024.01.040. PMID:38456869.
2. Borgundvaag B, et al. Guidelines for Reasonable and Appropriate Care in the Emergency Department (GRACE-4): Alcohol use disorder and cannabinoid hyperemesis syndrome management in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2024;31(5):425-455. doi:10.1111/acem.14911. PMID:38747203.
3. Ruberto AJ, Sivilotti MLA, Forrester S, Hall AK, Crawford FM, Day AG. Intravenous Haloperidol Versus Ondansetron for Cannabis Hyperemesis Syndrome (HaVOC): A Randomized, Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 2021;77(6):613-619. doi:10.1016/j.annemergmed.2020.08.021. PMID:33160719.
4. Pourmand A, Esmailian G, Mazer-Amirshahi M, Lee-Park O, Tran QK. Topical capsaicin for the treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2021;43:35-40. doi:10.1016/j.ajem.2021.01.004. PMID:33493995.
5. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, Phillips KT, Monte AA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review. *J Med Toxicol*. 2017;13(1):71-87. doi:10.1007/s13181-016-0595-z. PMID:28000146.
6. Habboushe J, Rubin A, Liu H, Hoffman RS. The Prevalence of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome Among Regular Marijuana Smokers in an Urban Public Hospital. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2018;122(6):660-662. doi:10.1111/bcpt.12962. PMID:29327809.
7. Perisetti A, Gajendran M, Dasari C, et al. Cannabis hyperemesis syndrome: an update on the pathophysiology and

management. Ann
Gastroenterol.
2020;33(6):571-578.

8. Chu F, Cascella M.
Cannabinoid Hyperemesis
Syndrome. In: StatPearls
[Internet]. Treasure Island
(FL): StatPearls Publishing;
updated 2023/2024. Available
from:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
books/NBK549915/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549915/).