

## Observaciones Clínicas

## Una causa rara de síncope

Ramón Maseda Uriza\*, Jesús Piqueras Flores, Pedro Pérez Díaz y Álvaro Moreno Reig

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 24 de julio de 2016

Aceptado el 1 de septiembre de 2016

On-line el 11 de noviembre de 2016

## Palabras clave:

Síncope

Hernia de hiato

Aurícula izquierda

Ecocardiografía

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir una causa poco frecuente de síncope, cuyo mecanismo es la compresión de la aurícula izquierda, provocada por hernia de hiato de gran tamaño.

**Material y método:** Descripción de 3 pacientes que consultan en nuestro hospital por episodios de síncope de repetición, en relación con la ingestión de alimentos.

**Conclusiones:** La ingestión de alimentos en pacientes con hernia de hiato de gran tamaño puede provocar síncope por compresión de la aurícula izquierda, cuyo diagnóstico puede retrasarse al ser clasificados como «situacionales» o deglutorios. La ecocardiografía transtorácica y la tomografía computarizada de tórax fueron esenciales para su correcto diagnóstico. Los síntomas desaparecen con el tratamiento quirúrgico de la hernia de hiato o pueden aliviarse disminuyendo el volumen de la ingesta.

© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## A rare cause of syncope

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe a rare cause of syncope whose mechanism is the compression of the left atrium caused by large hiatal hernia.

**Material and method:** Description of three patients visiting our hospital for repeat episodes of syncope in relation to food intake.

**Conclusions:** Food intake in patients with large hiatal hernia can cause syncope caused by compression of the left atrium whose diagnosis may be delayed to be classified as «situational» or swallowing. Transthoracic echocardiography and chest computed tomography were essential for correct diagnosis. Symptoms disappear with the surgical treatment of hiatal hernia or are alleviated by decreasing the volume of intake.

© 2016 SAC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Keywords:

Syncope

Hiatal hernia

Left atrium

Echocardiography

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Maseda12@hotmail.com](mailto:Maseda12@hotmail.com) (R. Maseda Uriza).<https://doi.org/10.1016/j.carcor.2016.09.004>

1889-898X/© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 1 – Descripción de los principales síntomas y el tratamiento en cada caso**

	Edad	IBP	Fármacos gastroerosivos <sup>a</sup>	Mecanismo	Síntomas principales	Diagnóstico	Tratamiento
Caso 1	80	Sí	Sí	Compresión AI	Síncope, disnea	ETT, TC tórax	Sintomático
Caso 2	74	Sí	Sí	Compresión AI	Síncope	ETT	Cirugía laparoscópica HH
Caso 3	76	Sí	No	Compresión AI Probable TV	Síncope, disnea, palpitaciones	ETT, TC tórax	Cirugía laparoscópica HH

AI: aurícula izquierda; ETT: ecocardiograma transtorácico; HH: hernia de hiato; IBP: inhibidores de la bomba de protones; TC: tomografía computarizada; TV: taquicardia ventricular.

<sup>a</sup> Consumo reciente de AINE, corticoides.

## Introducción

El síncope es una de las principales consultas en los servicios de urgencias, y dentro de ellos, los de origen cardíaco constituyen entre el 6-30% de los mismos, en función del contexto y las series analizadas<sup>1</sup>.

La compresión de la aurícula izquierda (AI) sintomática suele ser muy rara, y sus manifestaciones varían desde el síncope por compromiso del llenado de cavidades izquierdas y la disminución del gasto cardíaco, a la disnea por aumento retrógrado de presión al circuito pulmonar y edema<sup>2</sup>. Cualquier estructura que irrite el epicardio es susceptible de provocar arritmias, si bien estas causas son raras, y la aparición de arritmias ventriculares con epicárdico suelen aparecer en cardiopatía isquémica, displasia arritmogénica de ventrículo derecho entre otras.

## Casos clínicos (tabla 1)

El primer caso es un varón de 80 años con los antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hernia de hiato, consulta por

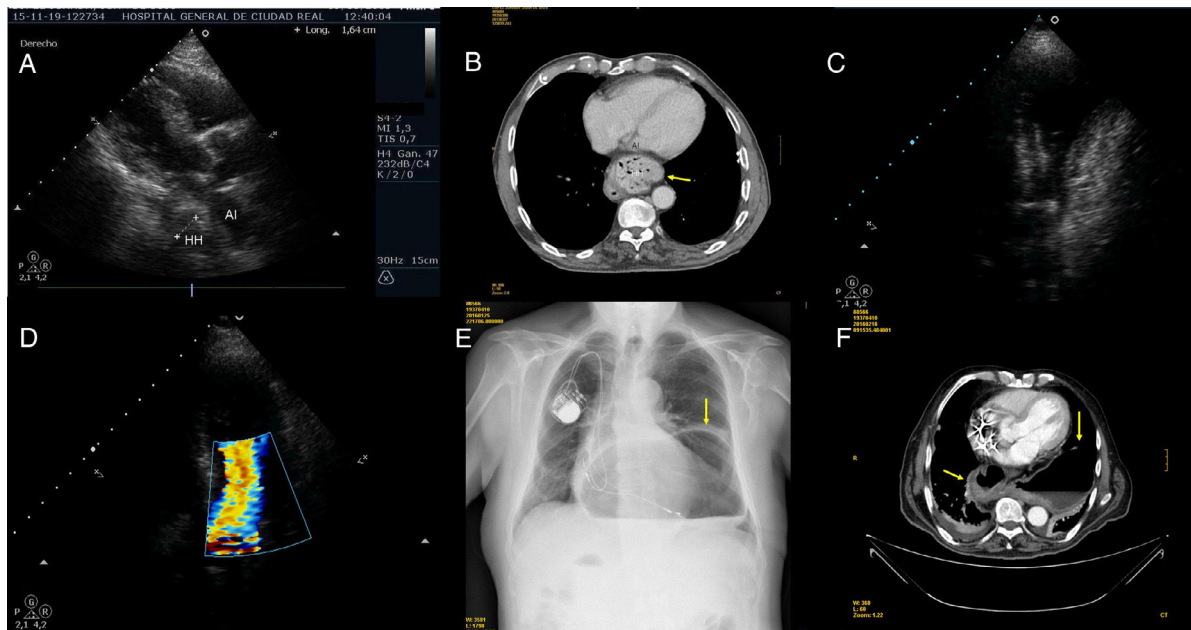
episodios de síncope en relación con ingesta de alimentos y mareos al acostarse.

En el Holter no existían alteraciones del ritmo. La prueba de ortostatismo activo muestra hipotensión en supino y aumento en más de 50 mmHg al levantarse.

El ecocardiograma (fig. 1A) mostró compresión extrínseca de aurícula izquierda a nivel posterior, y un patrón de llenado que mostraba disminución de la velocidad de la onda E y onda A, y flujo de llenado turbulento. Se solicita TC de tórax (fig. 1B) objetivándose que la compresión de la AI era provocada por una hernia de hiato (HH) de gran tamaño.

El siguiente caso corresponde a un varón de 74 años con los antecedentes de hipertensión arterial, HH y sobrepeso, mientras almorzaba sufre episodio de caída al suelo desde su silla. Es llevado a urgencias donde cuenta que lleva un tiempo con cuadro de mareos intensos que relaciona con la ingestión de alimentos. Se realiza ecocardiografía donde se evidencia una compresión importante de AI con un flujo de llenado mitral muy comprometido (figs. 1C y D).

El tercer caso clínico corresponde a un varón de 76 años con los antecedentes de hipertensión arterial, HH, portador



**Figura 1 – A) Ecocardiograma transtorácico (ETT) plano paraesternal (PEL) largo donde se aprecia compresión de aurícula izquierda. B) TC de tórax que confirma a compresión de la aurícula por HH (flecha blanca). C) ETT plano apical 4C donde no es posible observar la AI. D) Doppler llenado mitral con flujo turbulento. E) Rx de tórax que muestra una HH de gran tamaño (flecha blanca). F) TC de tórax que muestra gran saco herniario (flechas blancas) y su relación con pared lateral de VI.**

de marcapasos (MCP) DDDR por disfunción sinusal. Acude a urgencias por episodio de síncope mientras caminaba. La radiografía de tórax muestra una HH de gran tamaño y MCP con electrodo auricular y ventricular (fig. 1E). En los últimos 6 meses ha presentado varios episodios de mareos con palpitaciones que guardaban cierta relación con las comidas.

El ecocardiograma muestra compresión de aurícula izquierda. La TC confirma presencia de HH, que además guardaba relación con pared lateral del ventrículo izquierdo (fig. 1F).

---

## Discusión

Hay pocos casos publicados donde los síncope guardan relación con la compresión de la aurícula por una HH, esta aumenta al ingerir alimentos o al hacerlo de forma rápida, comprometiendo el llenado del ventrículo izquierdo y disminuyendo el gasto cardiaco<sup>2,3</sup>. El estímulo mecánico sobre la pared ventricular que supone el contacto con el saco herniario puede ser la causa de arritmias ventriculares, en uno de los pacientes se detectaron rachas de TV no sostenida durante la monitorización.

La compresión de la aurícula por el saco herniario aumenta con la realización de ejercicio físico, esto es así por el aumento de la presión intraabdominal y el desplazamiento de órganos intraabdominales al tórax. Los 3 pacientes refirieron cierto grado de disnea de esfuerzo que mejoró al tratar la HH. La explicación del aumento del mareo en posición supina se basa en el reflujo del contenido gástrico al saco herniario, aumentando así la compresión auricular y el compromiso al llenado<sup>4</sup> (caída de la TA en decúbito durante la prueba de ortostatismo).

La compresión de la AI se puede clasificar según la localización anatómica de las estructuras que la provocan en 4 grupos: 1) Estructuras gastrointestinales, 2) Estructuras localizadas en mediastino (linfomas), 3) Aorta o estructuras intrapericárdicas y 4) Estructuras pulmonares como quiste broncogénicos, siendo las gastrointestinales las más frecuentes<sup>5</sup>.

El tratamiento es la corrección quirúrgica de la HH, 2 de ellos fueron intervenidos, y en otro se decidió tratamiento sintomático (aumentar la frecuencia y disminuir la cantidad alimentos) y uso de fármacos procinéticos.

---

## Conclusiones

La ingestión de alimentos en pacientes con HH de gran tamaño puede provocar síncope por diferentes mecanismos, cuyo pronóstico y tratamiento cambia con un adecuado diagnóstico. A pesar de la escasa frecuencia, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en la valoración del síncope.

---

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moya-I-Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, et al. Síncope. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:755-65.
2. Oishi Y, Ishimoto T, Nagase N, et al. Syncope upon swallowing caused by an esophageal hiatal hernia compressing the left atrium: A case report. *Echocardiography.* 2004;21:61-4.
3. Khouzam RN, Akhtar A, Minderman D, et al. Echocardiographic aspects of hiatal hernia: A review. *J Clin Ultrasound.* 2007;35:196-203.
4. Naoum C, Falk G, Yiannikas J. Exercise-induced left atrial compression by a hiatus hernia. *JACC.* 2011;58:e27.
5. Walpot J, Amsel B, Pasteuning WH, et al. Left atrial compression caused by hiatus hernia: A rare cause of syncope. *Acta Clin Belg.* 2011;66:422-5.