

## Hernia hiatal como mecanismo de recurrencia de fibrilación auricular

Doiñy D, MD; Abello M, FESC; Moltedo J, FACC; Olmedo J, MD; Caroli C, MD; Yaman B, MD.

### Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 55 años, tabaquista, con antecedentes de síndrome depresivo e hipotiroidismo que fue referida para evaluación por el servicio de electrofisiología para eventual ablación de fibrilación auricular. La paciente tenía diagnóstico de fibrilación auricular paroxística (FAP) de 5 años de evolución tratada con diversos esquemas antiarrítmicos. Los episodios de FAP eran sintomáticos con palpitaciones y múltiples episodios durante el día que generaban disminución significativa de su calidad de vida. En plan de ablación de la FAP con sistema de navegación 3D, se realizó una resonancia magnética cardíaca donde se evidenció una hernia hiatal gigante con compresión de pared posterior de la aurícula izquierda. Se decidió posponer la ablación de la FAP hasta resolver su patología esofágica. Luego de reducir por cirugía la hernia hiatal, la paciente presentó clara mejoría sintomática y desaparición de los episodios de FAP.

### Recurrent atrial fibrillation related to hiatal hernia

#### Abstract

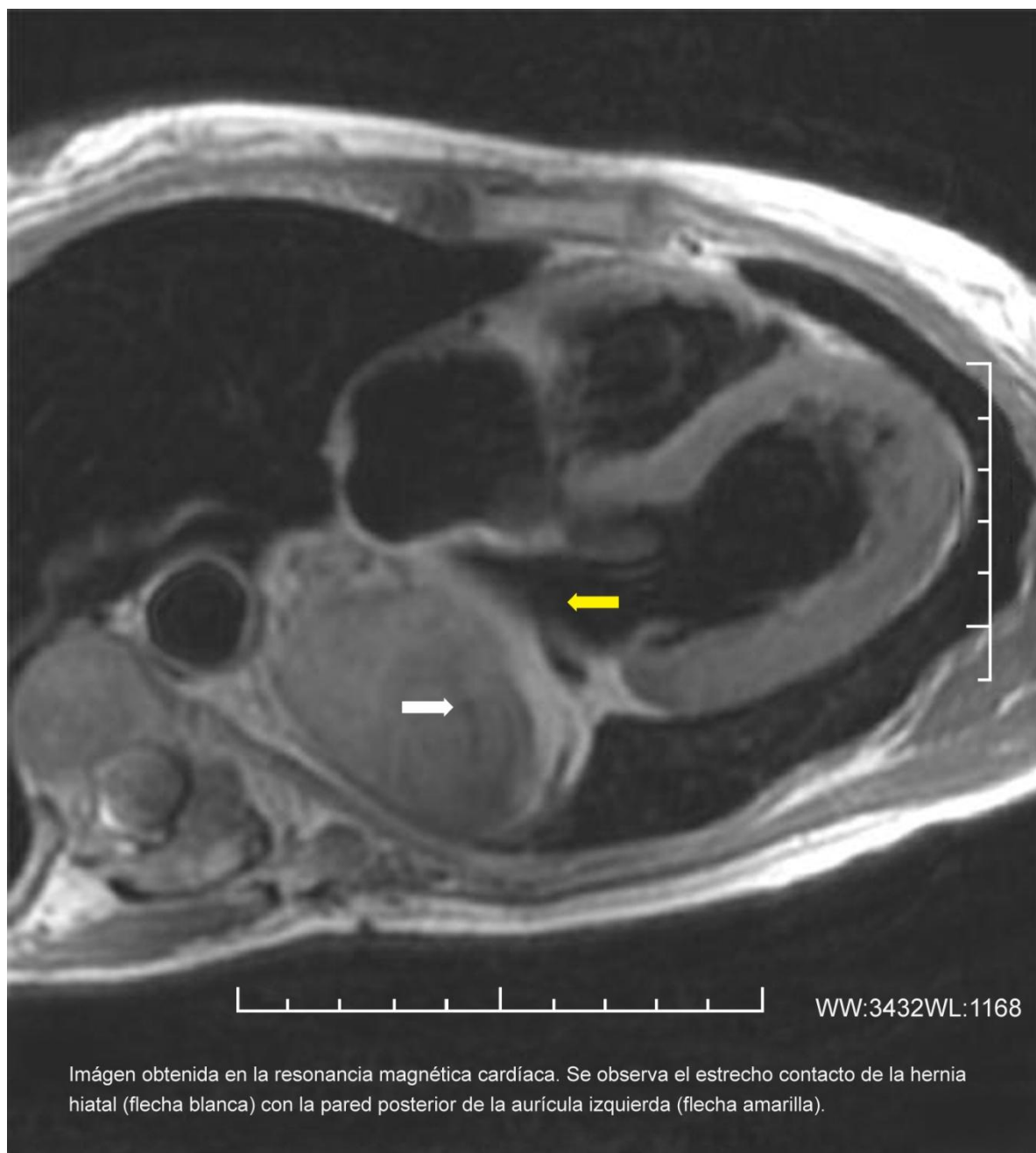
A 55 year-old smoker female with a history of hypothyroidism and depressive syndrome was referred for atrial fibrillation ablation. She had long-standing (5 years) refractory highly symptomatic paroxysmal atrial fibrillation (multiple episodes of palpitations per day) with deterioration of her quality of life. As part of her pre-ablation work-up, a cardiac magnetic resonance image was performed. A giant hiatal hernia with compression of the posterior wall of the left atrium was detected. The ablation was postponed and she underwent surgery for hernia reduction, with a significant improvement in her cardiac symptoms.

### CASO CLÍNICO

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia de mayor prevalencia en adultos. Su hallazgo normalmente conlleva una serie de exámenes complementarios que tienden a descartar patología subyacente que pueda favorecer su aparición y persistencia. La búsqueda de fenómenos mecánicos que tengan un rol en su desarrollo o recurrencia no es frecuente. Sin embargo, la estrecha relación anatómica que existe entre la aurícula izquierda y el esófago, podría ser sustrato suficiente como desencadenante de la arritmia, especialmente ante la presencia de patología del tercio superior del tracto gastrointestinal.

Se presenta una paciente de 55 años de edad, sexo femenino, tabaquista, con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome depresivo y FA paroxística (FAP) de 5 años de evolución. La paciente presentaba episodios recurrentes de FAP sintomática por palpitaciones a pesar de tratamiento antiarrítmico (propafenona, amiodarona), ocasionalmente requiriendo internaciones. Al momento de la consulta en el servicio de arritmias, la paciente no presentaba alteraciones en su examen físico, excepto una ligera cifoescoliosis. El electrocardiograma y ecocardiograma se encontraban dentro de límites normales. Dado sus antecedentes clínicos se decidió realizar una ablación de la FAP mediante el aislamiento de las venas pulmonares utilizando un sistema de navegación 3D.

Para evaluar las características anatómicas de la aurícula izquierda y venas pulmonares se solicitó una resonancia magnética cardíaca, que evidenció una hernia hiatal gigante con compresión de la pared posterior de la aurícula izquierda (Figura 1).



Considerando el hallazgo como potencial mecanismo perpetuador de la recurrencia de la FAp, se realizó una interconsulta con el servicio de gastroenterología. Posteriormente se procedió a la resolución quirúrgica de la hernia hiatal con éxito. La paciente al momento del procedimiento se encontraba bajo tratamiento con propafenona 600 mg y levotiroxina 75 mcg.

En el seguimiento ambulatorio por el servicio de electrofisiología, a los 20 días post operatorio de la reducción de la hernia hiatal, la paciente refirió disminución significativa de los

episodios de FAp sintomática. Se decidió retirar el fármaco antiarrítmico y, en los meses subsiguientes (primer y tercer mes luego de la cirugía), se realizaron dos estudios Holter cardíacos de 24 hs, que no revelaron episodios de FAp. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática luego de 8 meses de seguimiento, medicada únicamente con levotiroxina 75 mcg.

**DISCUSIÓN**

Algunos reportes de casos han manifestado la asociación de la patología del tercio superior del tracto gastrointestinal con diversas entidades arrítmicas.<sup>1 2 3</sup> Hipótesis fisiopatológicas como la isquemia relativa, la formación de áreas de bloqueo anatómico, factores autonómicos, entre ellos el desbalance del tono vagal, han intentado explicar dicha asociación; sin embargo, no existen datos contundentes.<sup>4 5</sup> El presente caso, es una evidencia más del rol que puede desempeñar el aparato digestivo como causante de FAp secundaria.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Palmer ED. The abnormal upper gastrointestinal vagovagal reflexes that affect heart. *Am J Gastroenterol* 1976; 66: 513-22
2. Schilling RJ, Kaye GC. Paroxysmal atrial flutter suppressed by repair of a large paraesophageal hernia. *PACE* 1998; 21:1303-5
3. Landmark K, Storstein O. Ectopic atrial tachycardia on swallowing. *Acta Med Scand* 1979; 205: 251-4
4. Gillinov MA, Rice TW. Prandial atrial fibrillation: off-pump pulmonary vein isolation with hiatal hernia repair. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 1836-8.
5. Duygu H, Ozerkan F, Saygi S, Akyuz S. Persistent atrial fibrillation associated with gastroesophageal reflux accompanied by hiatal hernia. *Anadolu Kardiyol Derg* 2008; 8: 163-73.