

6040-17 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ANOMALÍAS CORONARIAS COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA

José Antonio Sorolla Romero¹, Javier Navarrete Navarro¹, Pilar Molina Aguilar², María Paz Suárez Mier³, Joaquín Lucena Romero⁴, Susana Moyano Corvillo⁵, Joaquín Rueda Soriano¹, Esther Zorio Grima¹ y Luis Martínez Dolz¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia. ³Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid. ⁴Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Sevilla. ⁵Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las anomalías de las arterias coronarias (AAC) generan dudas en cuanto a su certeza como causa de muerte súbita (MS) y a la estratificación de riesgo de MS en vivos en las guías existentes. Pretendemos aportar nueva evidencia observacional en este escenario.

Métodos: Registro histórico de autopsias forenses de 5 centros. Se seleccionaron anomalías en origen (AO) en el seno opuesto (SO) o en arteria pulmonar (AP) y nacimiento normal con factores de riesgo (FR): ostium alto, estenótico, en ojal, angulado, trayecto interarterial, intramural o hipoplasia proximal. En caso de presentar únicamente FR, se exigieron arbitrariamente ≥ 2 para considerarlos como causa de la muerte. Se utilizó el SPSS 20,0 con t-Student/U-Mann Whitney (comparar medias de variables continuas) y X^2 /test exacto de Fisher (para las categóricas). Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Contabilizamos 72 AAC considerándose 47 como causa de la muerte (excluyendo muerte violenta, concausa, dudosos y hallazgos casuales): 22AO-SO, siendo 12 coronaria izquierda (CI) y 10 coronaria derecha (CD), 7 AO-AP (siempre CI) y 18 FR. La incidencia de MS por AAC fue de 0,069/100.000 habitantes/año. El desencadenante catecolaminérgico fue más frecuente en AO-SO y AP que en FR (74%, 83% y 21% respectivamente, $p = 0,024$). El grupo AO-AP presentó más cicatriz (18%, 71% y 6%, $p = 0,01$). El sexo masculino (91%, 57% y 72%, $p = 0,114$) y el trayecto intramural (27%, 0% y 6%, $p = 0,077$) tendieron a ser más prevalentes en AO-SO que en AP y FR. No existieron diferencias significativas en cuanto a la edad media de los 3 grupos ($p = 0,462$). El 85% estaba asintomático al fallecer y el 59% no presentaba isquemia/cicatriz. Un 14% de AO-SO, además de este perfil de «bajo riesgo», carecían de FR.

Conclusiones: La incidencia de MS por AAC es comparable a la publicada. Las AO-AP asocian más cicatrices, sin objetivarse ningún caso de AO-AP de CD. El deporte/emociones intensas se asocia más a AO que a FR. Pese al sesgo de selección, un porcentaje relevante de las AO-SO se habrían considerado de «bajo riesgo» en vida (asintomáticos, sin isquemia/cicatriz ni FR). Si bien queda por definir cuántos/qué FR son necesarios para justificar una MS con origen normal, considerando ≥ 2 , un 6% presentó cicatrices miocárdicas; apoyando su papel determinante en la causa de la muerte.

Estos resultados precisan ser confirmados en series mayores.

1579-2242 © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados