



## 6031-3. ARTERIAS CORONARIAS CON NACIMIENTO EN SENO CONTRALATERAL ¿QUÉ PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO PRESENTAN EN UNA SERIE FORENSE DE MUERTE SÚBITA?

Javier Navarrete Navarro<sup>1</sup>, José Antonio Sorolla Romero<sup>1</sup>, María Paz Suárez Mier<sup>2</sup>, Pilar Molina Aguilar<sup>3</sup>, Joaquín Lucena Romero<sup>4</sup>, Susana Moyano Corvillo<sup>5</sup>, Benito Morentín Campillo<sup>6</sup>, Luis Martínez Dolz<sup>1</sup>, Joaquín Rueda Soriano<sup>1</sup> y Esther Zorio Grima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid. <sup>3</sup>Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia. <sup>4</sup>Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Sevilla. <sup>5</sup>Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Barcelona. <sup>6</sup>Instituto Vasco de Medicina Legal de Bizkaia, Bilbao, Bizkaia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las anomalías del origen de las arterias coronarias en seno opuesto (AO-SO) tienen una prevalencia del 1% en población sometida a angio-TAC, y es 6-10 veces más frecuente la AO-SO-CD (coronaria derecha) que la AO-SO-CI (coronaria izquierda). La estratificación de riesgo de muerte súbita (MS) en los afectados es limitada y se basa en series forenses y de técnicas de imagen cardiaca en pacientes vivos. Aportamos evidencia descriptiva de una serie multicéntrica española de MS por AO-SO.

**Métodos:** Revisamos las autopsias forenses de 5 centros seleccionando aquellas con AO-SO considerada causa de la MS. Las variables de interés fueron epidemiológicas y factores de riesgo (FR): ostium alto, estenótico, en ojal, angulado, trayecto interarterial, intramural o hipoplasia proximal. El análisis estadístico se realizó con SPSS 20.0 y se utilizaron test de t-Student,  $\chi^2$  y exacto de Fischer, según el caso.

**Resultados:** Incluimos 22 casos de los cuales 12 fueron AO-SO-CI y 10 AO-SO-CD. Las MS por AO-SO-CI acontecían a edad más joven que las -CD ( $15,3 \pm 8,8$  vs  $26,8 \pm 13,5$ ,  $p = 0,036$ ), sin diferencias para sexo (varones 83% y 100%,  $p = 0,481$ ), combinado de ausencia de síntomas/isquemia/FR (9% y 20%,  $p = 0,586$ ), presencia y número de FR (67 vs 80%,  $p = 0,646$ ;  $1,2 \pm 1,2$  vs  $1,4 \pm 1,1$ ,  $p = 0,765$ ), y evento desencadenado por deporte/emociones (82 vs 63%,  $p = 0,603$ ). Detectamos una ligera tendencia a mayor presencia de trayecto intramural (17 vs 40%,  $p = 0,348$ ) y a más cicatrices miocárdicas (8,3 vs 30%,  $p = 0,293$ ) en los casos de AO-SO-CD que en -CI.

**Conclusiones:** Dado que nuestra serie contó con igual número de AO-SO-CD y de -CI, y considerando que la prevalencia publicada para la AO-SO-CD es 6-10 veces mayor, concluimos que la variante AO-SO-CI mata de 6 a 10 veces más que la -CD, además de a una edad más joven (unos 10 años antes). Estos resultados concuerdan con las recomendaciones de las guías ESC 2020 que otorgan más riesgo a los casos de AO-SO-CI. Es destacable que no hay diferencias en el perfil de riesgo entre ambos grupos en cuanto a síntomas, cicatrices miocárdicas o FR en *ostium*/trayecto y sorprende que hasta un 20% de las AO-SO-CD no asociaban ninguno de ellos (hubieran sido consideradas de «bajo riesgo»).