



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

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

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia. <sup>3</sup>Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid. <sup>4</sup>Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Sevilla. <sup>5</sup>Instituto 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  $\geq 2$  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  $\chi^2$  /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  $\geq 2$ , un 6% presentó cicatrices miocárdicas; apoyando su papel determinante en la causa de la muerte. Estos resultados precisan ser confirmados en series mayores.