



6045-11. ANOMALÍAS CORONARIAS, UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DESDE 2017

Ramón Garrido González, Juan Manuel Escudier Villa, Carolina Parra Esteban, Susana Mingo Santos, Vanessa Moñivas Palomero, Daniel Escribano García, Andrea Matutano Muñoz, Basilio Angulo Lara, Javier Ortega Marcos, Ana Blasco Lobo y Lorenzo Silva Melchor

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las anomalías coronarias (AC) son un grupo de raras afecciones congénitas cuyo manejo supone un reto por su imprecisa definición, prevalencia, pronóstico, y asociación con muerte súbita. La prueba de elección es la tomografía computarizada (TC) coronaria, recomendándose pruebas de provocación de isquemia en todos los casos para identificar variantes de riesgo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Cohorte de todos los pacientes de nuestro centro con anomalías coronarias detectadas en los 1842 TC coronarios y los 4.265 pacientes que ingresaron en la unidad de cardiopatía isquémica, ambos en el periodo entre 2017-2021. Se registraron variables clínicas, pruebas complementarias, y subtipo de AC. Datos analizados con SPSS.

Resultados: Un total de 43 pacientes presentaron AC (33 en TC y 10 ingresos), con una prevalencia en el TC del 1,79%. La edad media fue 58 ± 15 años, 70% varones. Presentaban aterosclerosis coronaria de forma concomitante un 25%, con función sistólica normal en el 74%. El síntoma guía fue el dolor torácico (44%), seguido del diagnóstico incidental (40%). Las AC más frecuentes fueron del origen, en concreto origen anómalo aórtico (60,5%), siendo lo más frecuente la coronaria derecha desde el seno izquierdo (16%), y el trayecto más frecuente el interarterial (42%). La anomalía del trayecto más frecuente fue el puente intramiocárdico (19%), y de la terminación fue la fístula coronaria (21%). Se realizó TC coronario en el 79%, y tan solo prueba de provocación en el 67% (positivas 7%). En su conjunto, la AC se interpretó como culpable del evento en 16% (7 casos), siendo en el resto no culpable (74%) o incierta (9%). No se observaron asociaciones significativas entre la AC culpable y el resto de variables. En los casos culpables, el manejo fue quirúrgico en 2 pacientes, intervencionista en 1, híbrido en 1, y conservador en 3.

Características de la cohorte de 43 pacientes con diagnóstico de anomalías coronarias

Casos totales: 43 pacientes.

Número total de pacientes

Casos detectados mediante tomografía de arterias coronarias:
33/1842 (prevalencia 1,79%)

Casos detectados mediante ingreso en
unidad de cardiopatía isquémica: 10/4265
(prevalencia 0,23%)

Edad al diagnóstico 58 ± 15 años

Sexo 70% varones (30)

Hipertensión arterial 51% (22)

Dislipemia 51% (22)

Diabetes mellitus 21% (9)

Cardiopatía isquémica significativa 25% (11)

Cardiopatía isquémica precoz 9% (4)

Antecedentes familiares Muerte súbita 2% (1)

Anomalías coronarias 0% (0)

En el 25% (11):

Miocardiopatía dilatada no isquémica: 7% (3)

Cardiopatías asociadas Miocardiopatía hipertrófica: 4,7% (2)

Aorta bicúspide: 4,7% (2)

Otros: CIA* 2,3% (1), FOP* 2,3% (1), síndrome de Turner
2,3% (1)

Normal 74% (32)

Función sistólica del ventrículo izquierdo

Levemente reducida 16% (7)

Moderadamente reducida 2,3% (1)

Graveamente reducida 7% (3)

Dolor torácico 44% (19)

Incidental 40% (17)

Síndrome coronario agudo en la que la anomalía coronaria no es culpable: 19% (8)

Síntoma inicial

Estudio disfunción ventricular en la que la anomalía no es culpable: 9,3% (4)

Preoperatorio valvular: 7% (3)

Disnea de esfuerzo 16% (7)

Otros: palpitaciones 9% (4), síncope 4,6% (2), síndrome coronario agudo con anomalía culpable 2,3% (1), dolor interescapular 2,3% (1)

Tomografía computarizada coronaria 79% (34)

Prueba de imagen coronaria realizada

Coronariografía 56% (24)

Resonancia magnética cardíaca 14% (6)

Anomalías del origen

Origen anómalo aórtico 60,5% (26)

67% (29)

Salida CD* desde seno izquierdo 16% (7)

Salida TCI* desde seno derecho 12% (5)

Salida CX* desde CD* 9% (4)

Salida CX* desde seno derecho 7% (3)

Trayectos: interarterial (11), retroaórtico (7), precardiaco (1)

Otros: arteria coronaria izquierda anómala desde la arteria pulmonar (ALCAPA) 2,3% (1), coronaria única 2,3% (1), agenesia CD* 2,3% (1)

Anomalías en el curso

Puente intramiocárdico de la DA* 19% (8)

28% (12)

Aneurisma coronario 7% (3)

Anomalías en la terminación

Fístula coronaria 21% (9). La más frecuente de la DA* a la arteria pulmonar (5).

21% (9)

Realizadas en el 67% de los pacientes (29)

Ergometría convencional 46% (20)

Pruebas de provocación

Ecocardiograma de esfuerzo 25% (11)

Estudio isotópico 9% (4)

Otros: ergoespirometría 4,6% (2), resonancia de estrés 2,3% (1)

Negativa 72% (21)

Positiva 17% (7)

Resultado de la prueba de provocación

No concluyente 3,4% (1)

No acude 7% (2)

No 74,4% (32)

¿En su conjunto, se interpretó la anomalía como culpable?

Sí 16,3% (7)

Incierto 9,3% (4)

Conservador 88% (38)

Manejo

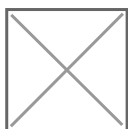
Invasivo 11,6% (5): 2 quirúrgicos, 1 percutáneo, 1 híbrido

1 muerte súbita recuperada (TVMS*)

Muerte

2 por causa no relacionada

Entre paréntesis el número absoluto. CIA*: comunicación interauricular. FOP*: foramen oval permeable. CD*: coronaria derecha. TCI*: tronco coronario izquierdo. CX*: arteria circunfleja. DA*: descendente anterior. TVMS*: taquicardia ventricular.



Descripción de los pacientes con anomalías coronarias que desarrollaron eventos.

Conclusiones: En esta cohorte se pone de manifiesto la necesidad de optimizar el manejo diagnóstico y de estratificación del riesgo mediante TC y pruebas de provocación, aunque sea un diagnóstico incidental. La prevalencia estimada de AC en el TC coronario es comparable a la de otras series. No se observaron asociaciones significativas, probablemente por ser una entidad infrecuente y heterogénea, con baja incidencia de eventos, en una muestra pequeña. Actualmente en nuestro centro se realiza un registro prospectivo de las AC a partir de este estudio.