



## 214/200 - Anomalías coronarias congénitas: Evaluación de riesgo de muerte súbita y actitud ante el mismo

A. Valle Alberca<sup>1</sup>, A. Arias Recalde<sup>2</sup>, P.A. Chinchurreta Capote<sup>2</sup>, J.F. Carretero Ruiz<sup>2</sup>, G. Rosas Cervantes<sup>2</sup>, J. Martínez Rivero<sup>2</sup>, R. Bravo Marqués<sup>3</sup>, A.C. Milán Pinilla<sup>4</sup>, F. Fernández Gutiérrez del Álamo<sup>5</sup> y F. Ruiz Mateas<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Cardiología; <sup>2</sup>FEA Cardiología; <sup>3</sup>Médico Residente de 5<sup>o</sup> año de Cardiología; <sup>4</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Cardiología; <sup>5</sup>FEA Radiología; <sup>6</sup>Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El espectro clínico de las anomalías coronarias (AC) congénitas varía desde ser un hallazgo asintomático a debutar como muerte súbita (MS). La mayoría de autores destacan la importancia de definir el trayecto de la arteria anómala y la realización de un test de isquemia, para identificar los casos de alto riesgo. Analizamos la estratificación del riesgo y las decisiones en base al mismo en los pacientes diagnosticados de AC en nuestro centro.

**Material y métodos:** Entre 2003-2015, disponemos de 33 pacientes diagnosticados de origen coronario anómalo. Consideramos pacientes de alto riesgo para muerte súbita aquellos con anatomía de riesgo (trayecto interarterial o árbol izquierdo originado en seno coronariano derecho) o con isquemia inducible.

**Resultados:** El trayecto de la arteria anómala sólo se describió en el 33% de nuestros pacientes, mediante AngioTC coronario. Asimismo, solo un 33% disponían de prueba de detección de isquemia (realizada en el 90% previo al diagnóstico). Nueve pacientes (27%) presentaban un perfil de alto riesgo para MS: el 55% por su anatomía coronaria y el resto por detectarse isquemia inducible. En la mayoría de estos pacientes, se instauró tratamiento médico con IECA (66%), betabloqueantes (44%), nitritos (22%) y antiagregantes (88%), sin tratarse mediante cirugía ninguno de ellos.

**Conclusiones:** La evaluación del riesgo de muerte súbita en pacientes diagnosticados de AC en nuestro medio y la actitud ante el mismo, no siempre se realiza de forma adecuada. Esto podría explicarse en parte por la baja prevalencia de esta patología y la ausencia de recomendaciones específicas en las guías de práctica clínica actual.