

ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 25/01/2023

Patología: Miscelánea / Categoría: Recordar

Tiempo de lectura: 3 minutos



Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a la evidencia científica en la que se sustenta.

Las anomalías de las arterias coronarias son [cardiopatías congénitas](#), por tanto, son enfermedades debidas a alteraciones durante la embriogénesis.

Las anomalías coronarias congénitas son infrecuentes (*0.1 al 1% de la población pediátrica y población adulta*) y la evidencia científica para la toma de decisiones es escasa, por ello, las recomendaciones son de baja calidad, basadas en pequeñas series y consenso de expertos.

Se clasifican en:

- **Origen anómalo de la arteria coronaria en la arteria pulmonar:** en este caso las arterias coronarias que deberían surgir de los senos coronarios (*dilataciones a nivel de la raíz de aorta origen de las coronarias*) y por tanto transportar sangre de la circulación sistémica rica en oxígeno, se originan en la arteria pulmonar y por tanto transportan sangre pobre en oxígeno procedente de la circulación pulmonar.
- **Origen anómalo de la arteria coronaria a nivel aórtico:** en este caso la arteria coronaria surge de la aorta, pero con un origen que difiere del habitual, aunque transportando sangre rica en oxígeno procedente de la circulación sistémica, como corresponde. Por tanto, no debería existir riesgo de isquemia, pero su trayecto puede presentar complicaciones por recorridos tortuosos, angulaciones y compresiones de estructuras vecinas, con riesgo de isquemia miocárdica. Esto es especialmente llamativo en los pacientes con coronarias con **trayecto interarterial**,

es decir, con trayecto entre la arteria pulmonar y la aorta, que pueden comprimir, incluso interrumpir la circulación, pudiendo generar muerte súbita, sobre todo con ejercicio físico.

- **Fístulas coronarias:** es una conexión anormal entre una arteria coronaria y otro vaso sanguíneo o cavidad cardiaca. Pueden ser congénitas, pero como toda fístula, también pueden ser adquiridas. Lo importante de una fístula es conocer su tamaño, si son pequeñas no suponen riesgo, pero las mediadas o grandes pueden generar problemas de isquemia miocárdica, entre otros (*incluso endocarditis*).

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias deben evaluarse por TAC coronario, (*prueba de elección, puesto que aporta información del origen y trayecto de la arteria, además de las anomalías del orificio, en caso de presentarlas*). Se suelen solicitar pruebas de detección de isquemia **no farmacológicas con técnica de imagen** asociada, para valorar si la alteración coronaria genera isquemia, fundamental para la toma de decisiones.

TRATAMIENTO

Si el paciente tiene clínica o su alteración coronaria genera isquemia, se recomienda intervención, principalmente cirugía (*en caso de fístulas puede realizarse cierre percutáneo en casos seleccionados*). En pacientes asintomáticos y sin isquemia, se recomienda cirugía si existe un alto riesgo de eventos (*muerte súbita*), como puede suceder en el caso de la arteria coronaria izquierda surgida de arteria pulmonar, arteria coronaria izquierda con origen anómalo en lado contralateral de aorta o con origen alto (*> 1 cm de unión sinotubular*) o con orificio en forma de hendidura u origen con ángulo agudo.

Se ha probado el tratamiento con betabloqueantes en pacientes sin alto riesgo de muerte súbita, con clínica y/o isquemia.

Igualmente se recomienda evitar el ejercicio físico competitivo, salvo en casos de menor riesgo (*como origen anómalo de la coronaria derecha en seno contralateral*), en el que se puede plantear ejercicio competitivo, siempre que el paciente tenga una prueba de isquemia negativa.

CONCLUSIÓN

Si nos informan que nuestro paciente tiene un origen anómalo de coronaria y no ha sido estudiado, debe derivarse a cardiología. Si ha sido estudiado, es posible que su lesión no genere riesgos (sobre todo el origen anómalo de la coronaria derecha en seno coronario izquierdo) o presente cierta isquemia controlada con medicación, o que el paciente fuese intervenido por lesión de alto riesgo de eventos o lesión generadora de isquemia/clínica.

En caso de pacientes con clínica, puede plantearse tratamiento con betabloqueantes, a la espera de valoración por cardiología.

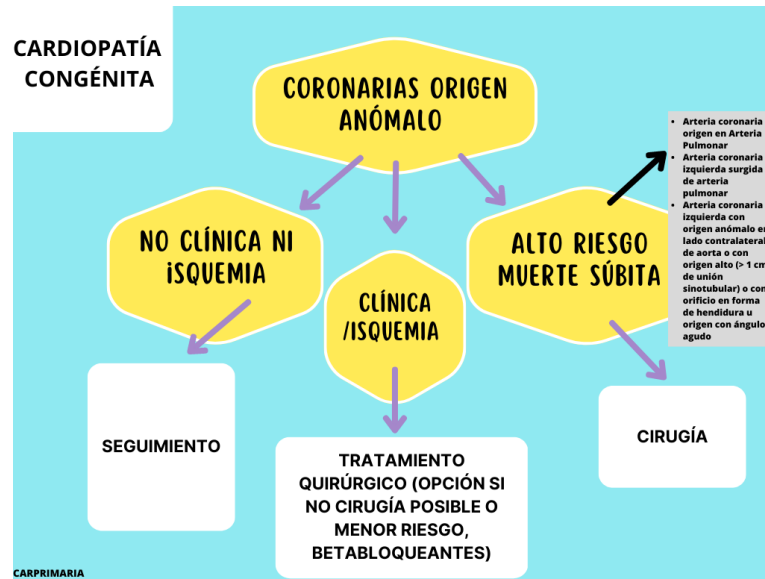


Ilustración 1. Origen anómalo de las arterias coronarias

REFERENCIAS

[J Thorac Cardiovasc Surg. 2017 Jun;153 \(6\): 1440-1457](#)

[European Hear Journal, Vol 42, Issue 6, 2021, 563-645](#)