

Orígenes anómalos de las arterias coronarias: características clínicas y anatómicas

Renata Forcada Barreda(1), Cristina Goena Vives(1), Sergio Vásquez Ferreccio(1), Katrin Muradas Mujika(2), Iñaki Villanueva Benito(1), Beñat Urruzola Oianguren(1), Pablo Aldave Zabaleta(1), Jonathan Palafor Alcalá(1), Aitor Muñoz Lamosa(1), Amaia Harto Juan(1), Lander Rodríguez Legorburu(1), Arantxa Garicano Lopetegui(1) y Itziar Solla Ruíz(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa) - España y (2)Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa) - España

Introducción: Los orígenes anómalos de arterias coronarias son infrecuentes y, aunque habitualmente benignos, algunos patrones anatómicos pueden asociarse a isquemia miocárdica y eventos clínicos relevantes. El objetivo del estudio fue describir una cohorte actual de pacientes con origen anómalo de arterias coronarias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes diagnosticados entre 2023 y 2025 mediante tomografía computarizada (TAC) o coronariografía en un área de referencia de 750.000 habitantes. Se analizó la presentación clínica, tipo de anomalía y trayecto, criterios de alto riesgo (trayecto interarterial, intramural o ángulo <45°), enfermedad arterial coronaria significativa (EAC; estenosis >70%) y manejo.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, mediana de edad 60 años y predominio masculino (59,5%). La presentación más frecuente fue dolor torácico (51,4%), seguida de disnea (18,9%). Un 16,2% debutó como síndrome coronario agudo en contexto de EAC y hubo un caso de muerte súbita recuperada.
El diagnóstico inicial se realizó mediante coronariografía en el 59,5% de los casos y TAC en el resto. La anomalía más frecuente fue el origen de la circunfleja desde el seno coronario derecho (40,5%), seguida de la coronaria única (24,3%). El trayecto más habitual fue el retroaórtico. El 70% de los trayectos interarteriales se observaron en pacientes con anomalías de la coronaria derecha (ver tabla 1)
Un 19% de los pacientes presentaron EAC concomitante, localizada en todos los casos en la coronaria anómala, principalmente coronaria única y circunfleja.
El trayecto interarterial se identificó en el 27% de los pacientes, todos con criterios adicionales de riesgo (50% trayecto intramural y 60% ángulo<45°). Se realizaron pruebas de detección de isquemia en el 54,5% de los casos con anatomía de alto riesgo. Se documentó isquemia miocárdica en dos pacientes, ambos con anomalía de la coronaria derecha y trayecto interarterial. El tratamiento fue quirúrgico en los casos de isquemia inducible o muerte súbita excepto en un caso que se manejó de forma conservadora.

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de las anomalías coronarias presentaron un curso benigno, siendo la más frecuente el origen de la circunfleja desde el seno contralateral con trayecto retroaórtico. Todos los eventos clínicos mayores se observaron en los trayectos interarteriales y anomalías del origen de la coronaria derecha.

Tabla 1. Asociación entre origen anómalo y trayecto de las arteria coronarias (n, % por fila)

	Retroaórtico n (%)	Interarterial n (%)	Subpulmonar n (%)	Prepulmonar n (%)	Retrocardíaco n (%)	Total n
CX desde seno coronario derecho	13 (100)	0	0	0	0	13
Coronaria única	4 (44,4)	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	1 (11,1)	9
CD desde seno coronario izquierdo	0	7 (100)	0	0	0	7
DA desde seno coronario derecho	1 (50)	0	1 (50)	0	0	2
TCI desde seno coronario derecho	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0	0	2
Fístula coronaria	0	0	0	1	0	1
Total	18	10	3	2	1	35

CX: circunfleja, CD: coronaria derecha, DA: descendente anterior, TCI: tronco común izquierdo. En 2 pacientes con origen anómalo de la arteria circunfleja no se pudo caracterizar el trayecto y fueron excluidos de la tabla de asociación.