

Trombosis coronaria neonatal resuelta con fibrinólisis local

Neonatal coronary thrombosis successfully treated with local fibrinolysis

Carolina Santos Lorente*, Alberto Mendoza Soto, Marta Flores Fernández, Leticia Albert de la Torre y Dolores Herrera Linde

Instituto Pediátrico del Corazón, Instituto de Investigación Sanitaria 12 de Octubre (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

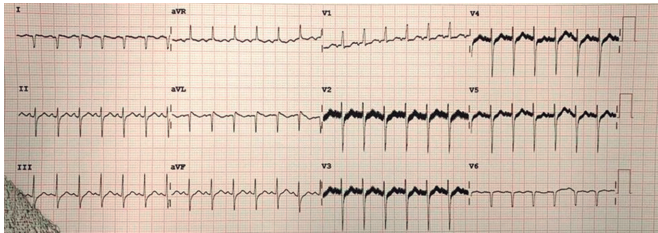


Figura 1.

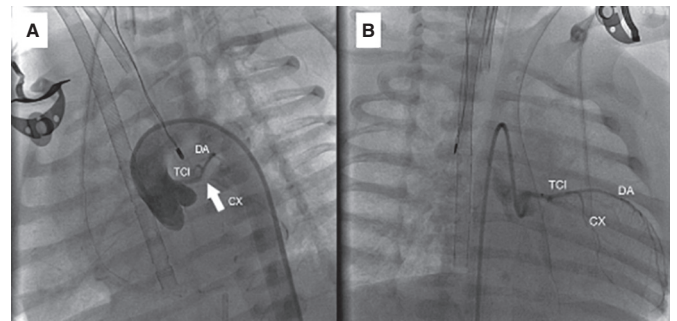


Figura 2.

Neonato de 12 horas de vida, sin antecedentes prenatales relevantes, que presenta un episodio de irritabilidad, hipoperfusión periférica y acidosis metabólica.

Ante la sospecha de sepsis, se inició antibioticoterapia empírica. Destaca en el electrocardiograma un patrón QS en I y aVL (figura 1), y en la analítica una elevación significativa de las troponinas. El ecocardiograma evidenció disfunción biventricular grave con mayor hipocinesia en la región anterolateral del ventrículo izquierdo (vídeos S1-S2), sin conseguir visualizar el recorrido de la coronaria izquierda.

Dada la inestabilidad hemodinámica incluso con intubación y soporte vasoactivo, se realizaron canulación en oxigenador extracorpóreo de membrana y cateterismo cardíaco para descartar una afección coronaria. Se halló un origen normal de la coronaria izquierda, con falta de repleción del contraste en la intersección de la descendente anterior (DA) con la circunfleja (CX), y un relleno distal lento de ambas arterias (figura 2A y vídeos S3-S4; TCl: tronco coronario izquierdo). Se realizó fibrinólisis local con un microcatéter administrando 2 bolos de alteplasa (0,8 mg y 0,4 mg), con lo que se logró permeabilizar la CX y el origen de la DA (figura 2B).

En un segundo cateterismo a las 72 horas, tras un intento fallido de extubación, se comprobó un flujo coronario adecuado (vídeo S5). La evolución favorable permitió la salida del oxigenador extracorpóreo de membrana y el alta a los 44 días de vida, con tratamiento para insuficiencia cardíaca crónica (tabla 1S) y recuperación funcional progresiva (vídeos S6-S7).

La incidencia de infarto agudo de miocardio neonatal es muy baja, pero su elevada mortalidad resalta la importancia de un diagnóstico y un tratamiento precoces.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csantoslorente@gmail.com (C. Santos Lorente).

Recibido el 15 de octubre de 2025. Aceptado el 17 de diciembre de 2025.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2025 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los padres del paciente otorgaron su consentimiento para la publicación del caso. Al tratarse de un caso clínico de un único paciente, no ha sido necesario contar con la aprobación por el comité ético ni tener en cuenta las directrices SAGER.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha hecho uso de inteligencia artificial para la elaboración de este trabajo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Santos Lorente, A. Mendoza Soto, M. Flores Fernández, L. Albert de la Torre y D. Herrera Linde han participado directamente en la redacción de este artículo, y han leído y aprobado la versión final para su publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M25000569>.