



ASFIXIA PERINATAL CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR, AMPLIEMOS SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Carmen Fernández-Bravo¹, Blanca Gonzalez-Haba-Martinez¹, Alicia Ramos-Rodríguez¹, Moisés Rodríguez-González².
¹Servicio de Pediatría. ²Unidad de Cardiología Infantil. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz, España).

Introducción:

El **infarto agudo de miocardio** (IAM) es excepcional en pediatría, sin embargo, en periodo perinatal la incidencia descrita es del 11% en estudios necrópsicos, asociándose particularmente a cardiopatías congénitas y asfixia perinatal, secundario a trombosis coronaria o desbalance aporte/demanda de oxígeno.

Las presentaciones comunes incluyen shock cardiogénico agudo, cianosis y/o dificultad respiratoria. La localización más frecuente afecta a los **músculos papilares** (MP) y región subendocárdica o trabecular.

No hay evidencia sobre mejor tratamiento.

Caso clínico:

Neonato de 35 semanas de gestación:

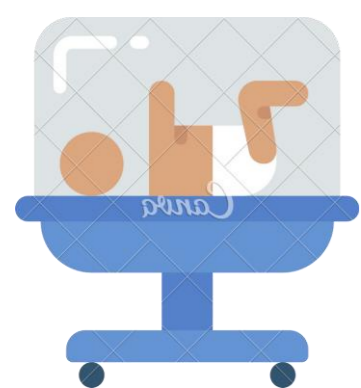
- Ausencia de movimientos fetales.
- Registro cardiotocográfico con trazado silente sin variabilidad.

→ **CESÁREA URGENTE.**

- Nace en asistolia → RCP avanzada.

Hipotermia (80h) + ventilación mecánica (7d) + soporte inotrópico (6d).

Ecocardiografías seriadas normales.



Tras estabilización, a los 14 días de vida sufre deterioro precisando reintubación y reinicio de inotrópicos.

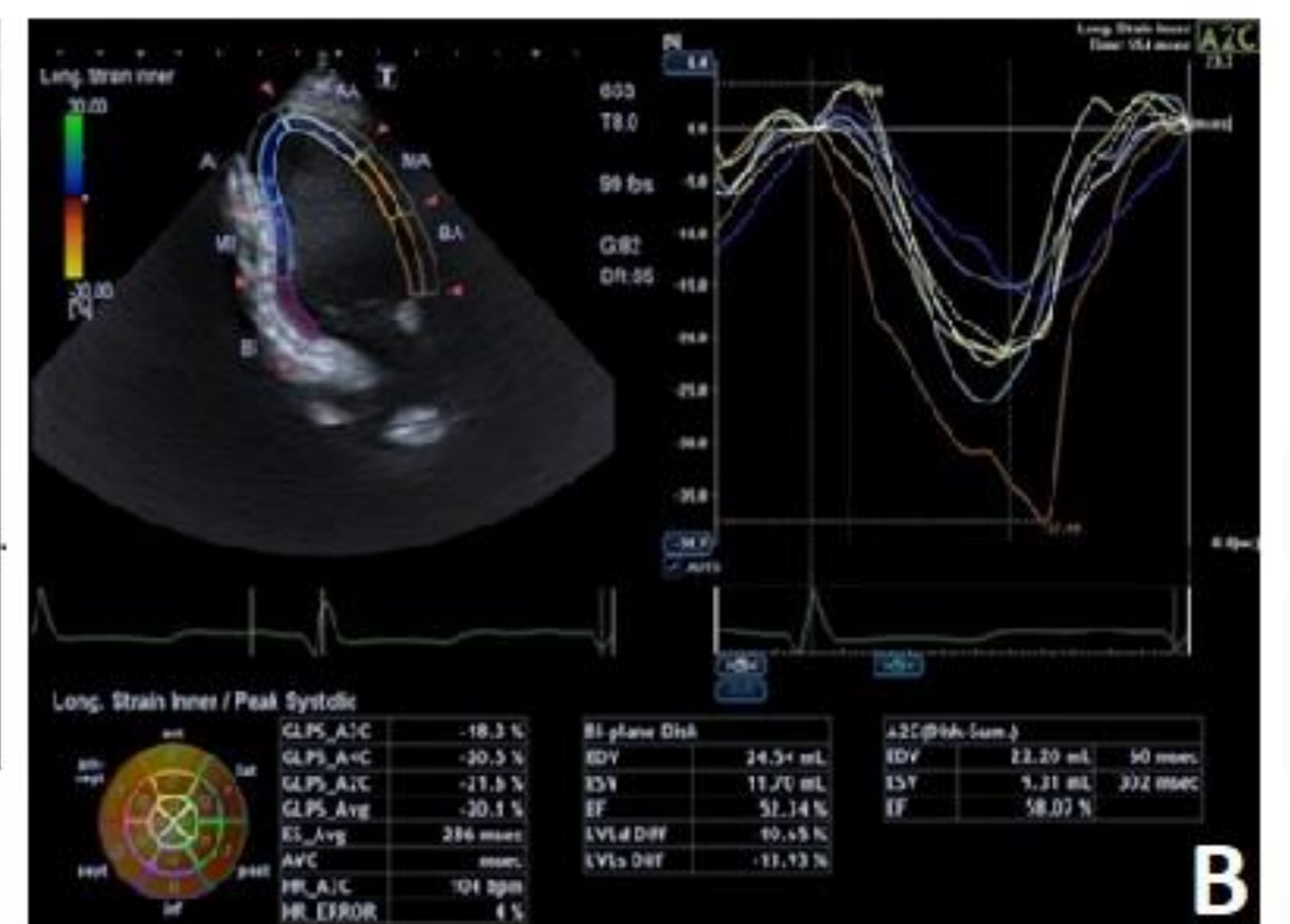
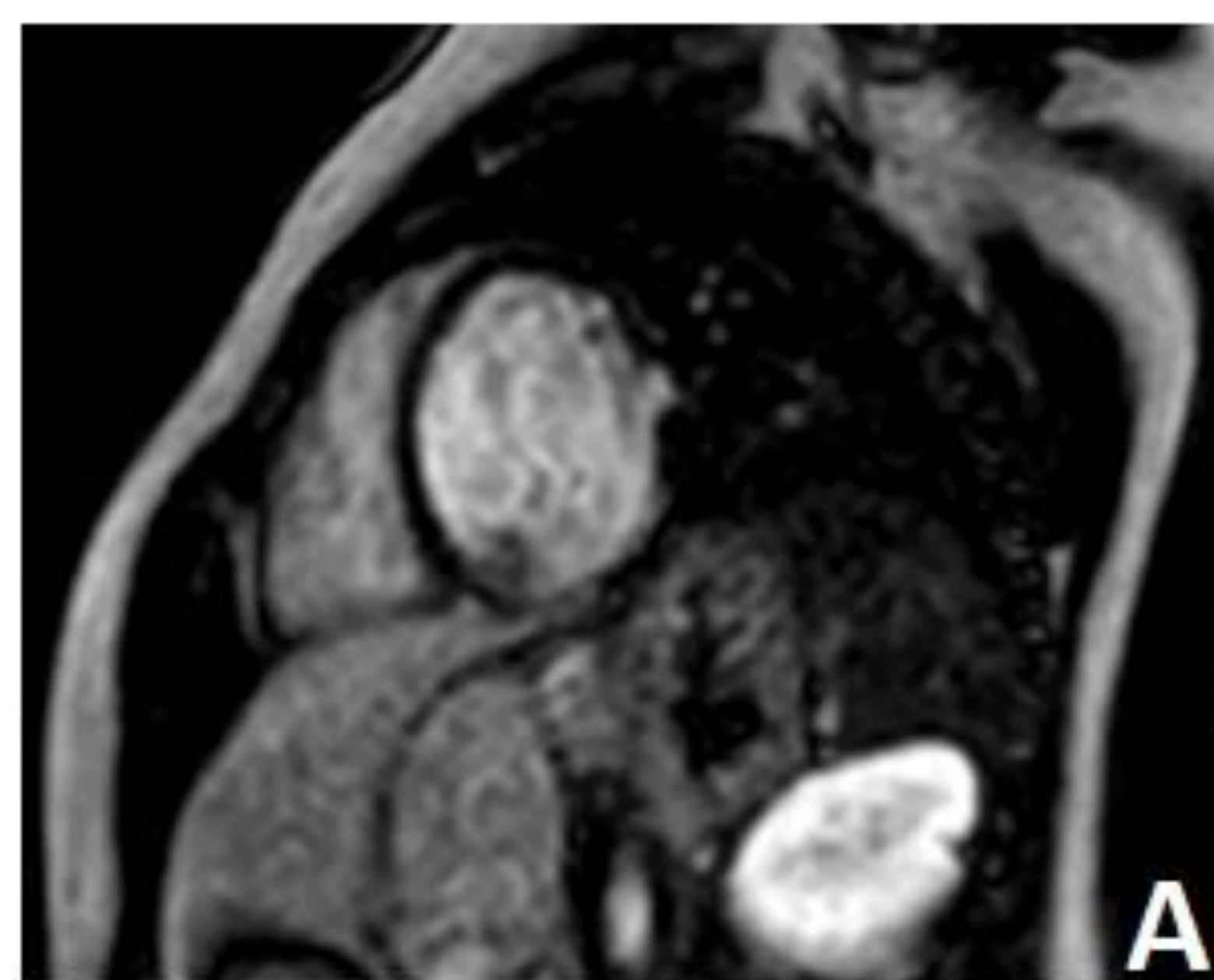
Ecocardiografía funcional normal, no se realiza en electrocardiograma ni marcadores cardiacos.



En el **seguimiento ecocardiográfico** se aprecia dilatación progresiva y disfunción del ventrículo izquierdo con hipocinesia marcada de la pared inferobasal lateral, insuficiencia mitral severa con dilatación del anillo mitral y MP posterolateral fino e hiperrefringente.

En **ECG** destacan ondas Q profundas en cara inferior y bajos voltajes izquierdos.

Revisando controles analíticos de los primeros días de vida encontramos ↑ **troponinas** (4.654 ng/L) y ↑ **NT-proBNP** (128.115 pg/mL) sin aumento tras empeoramiento → **Se establece la sospecha de IAM como causa** → se inicia tratamiento de insuficiencia cardiaca y remodelado miocárdico, con mejoría progresiva de la disfunción ventricular e insuficiencia mitral, persistiendo el resto de hallazgos hasta el alta, estando asintomática.



A los 3 años se realiza:

- Speckle tracking Eco2D
- RNM cardíaca
- AngioTC coronario

Confirma **IAM inferior-inferolateral basal y medioventricular** con fibrosis de la unión miotendinosa del MP inferior y **anatomía coronaria normal**.

(A) RNM cardíaca con captación de gadolinio en subendocardio confirmando infarto de miocardio inferior-inferolateral basal y medioventricular. **(B)** Strain longitudinal del VI mediante Eco2D: destaca función global normal (FEVI 52%-58%; GLS -20%) con disminución marcada en los segmentos inferolaterales basal y medioventricular (-7%) respecto al resto, correspondiendo al territorio de arteria circunfleja, la cual se objetivó como normal en el angioTC coronario.

Conclusiones y comentarios:

Es importante incluir el **IAM** en el diagnóstico diferencial ante inestabilidad hemodinámica o arritmia en contexto de asfixia perinatal.

En nuestro caso sospechamos que el evento se produjo intraútero siendo la causa de asfixia perinatal, pasando desapercibido hasta el episodio de descompensación. Evolucionó favorablemente con tratamiento de soporte permitiendo realizar pruebas de imagen avanzadas confirmando el diagnóstico.

Destacamos la presencia de MP fibrótico junto a miocardiopatía dilatada y el análisis del **strain** miocárdico como hallazgos ecocardiográficos para definir áreas necróticas en casos donde la RNM cardíaca tiene limitaciones.