

Infarto inferior en paciente pediátrico con aneurismas coronarios por enfermedad de Kawasaki

Inferior Myocardial Infarction in a Pediatric Patient with Coronary Aneurysms Secondary to Kawasaki Disease

CARLOS VARGAS ECHEVERRÍA¹, RAFAEL ECHEVERRÍA-CONSUEGRA², LUISA VARGAS-ECHEVERRÍA³, ISABELLA CARRILLO-LÓPEZ¹, ANDRÉS ARGEL-ROCHA¹

CASO CLÍNICO

El infarto agudo de miocardio en la edad pediátrica es un evento poco frecuente y puede asociarse a diversas etiologías, entre ellas anomalías coronarias congénitas, estados protrombóticos y secuelas de la enfermedad de Kawasaki, principal causa de enfermedad coronaria adquirida en niños.

Se presenta el caso de un paciente masculino de cuatro años con antecedente de enfermedad de Kawasaki dos años antes, sin seguimiento estructurado documentado. Ingresó por cuadro de cuatro horas de evolución caracterizado por emesis, palidez mucocutánea, cianosis peribucal y pérdida transitoria de la conciencia. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con presión arterial de 90/59 mmHg y frecuencia cardíaca de 70 lpm.

El electrocardiograma de 12 derivaciones mostró elevación del segmento ST en DII, DIII y aVF, con infradesnivel en derivaciones anteriores, hallazgos compatibles con infarto agudo de miocardio inferior (Figura 1). Los laboratorios mostraron proteína C reactiva de 0,14 mg/dL, leucocitos 16 770/ μ L con neutrofilia, hemoglobina 12,1 g/dL, plaquetas 570 000/ μ L, creatinina 0,43 mg/dL y electrolitos dentro de rangos normales. Se registró creatinquinasa total de 228 U/L y troponina I ultrasensible de 0,94 ng/mL, con una troponina cuantitativa marcadamente elevada (28 336,7 pg/mL), confirmando necrosis miocárdica significativa.

El ecocardiograma inicial mostró función biventricular conservada y dilatación leve del segmento proximal de la coronaria izquierda. Ante la sospecha de compromiso coronario y la limitación del estudio ecocardiográfico para caracterizar la anatomía distal, se realizó cateterismo cardíaco en un centro de mayor complejidad.

El estudio hemodinámico evidenció un aneurisma gigante de la coronaria izquierda, localizado distal al tronco y comprometiendo el origen de las arterias descendente anterior y circunfleja, así como un aneurisma proximal de la coronaria derecha con oclusión total y perfusión distal a través de circulación colateral (Figura 2). La ventriculografía mostró hipocinesia de la cara inferior con función global preservada.

Dada la complejidad anatómica, el compromiso multivaso y la localización de las lesiones, se consideró que el riesgo de intervención percutánea superaba el beneficio potencial, (1,2) por lo que se decidió manejo médico con terapia antiagregante dual y seguimiento estrecho por cardiología pediátrica. El paciente evolucionó sin recurrencia de síntomas isquémicos.

La presentación clínica del infarto en la edad pediátrica suele ser atípica, lo que dificulta su reconocimiento oportuno. A diferencia de la población adulta, los niños rara vez presentan dolor torácico típico, predominando manifestaciones inespecíficas como vómito, palidez, irritabilidad o alteración del estado de conciencia. En este contexto, la integración de hallazgos electrocardiográficos compatibles con elevación del segmento ST y la elevación significativa de biomarcadores de necrosis miocárdica, como la troponina, resulta fundamental para establecer el diagnóstico. (3,4)

El cateterismo cardíaco desempeña un papel central en la evaluación de estos pacientes, ya que permite una caracterización anatómica precisa del árbol coronario, incluyendo la identificación de aneurismas, oclusiones, compromiso de bifurcaciones y desarrollo de circulación colateral. (5) En el caso presentado, esta información fue determinante para la toma de decisiones terapéuticas, al evidenciar una anatomía compleja con compromiso multivaso que limitaba las opciones de intervención.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:167-169. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.21000>

Dirección para correspondencia: Carlos Vargas Echeverría. Correo electrónico: vargasce@uninorte.edu.co



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Departamento de Medicina, División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Puerto Colombia, Colombia

² Departamento de Hemodinamia, Organización Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales, Universidad Libre, Puerto Colombia, Colombia

Fig. 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones que muestra elevación del segmento ST en DII, DIII y aVF, con cambios recíprocos en derivaciones precordiales anteriores, hallazgos compatibles con infarto agudo de miocardio de cara inferior.

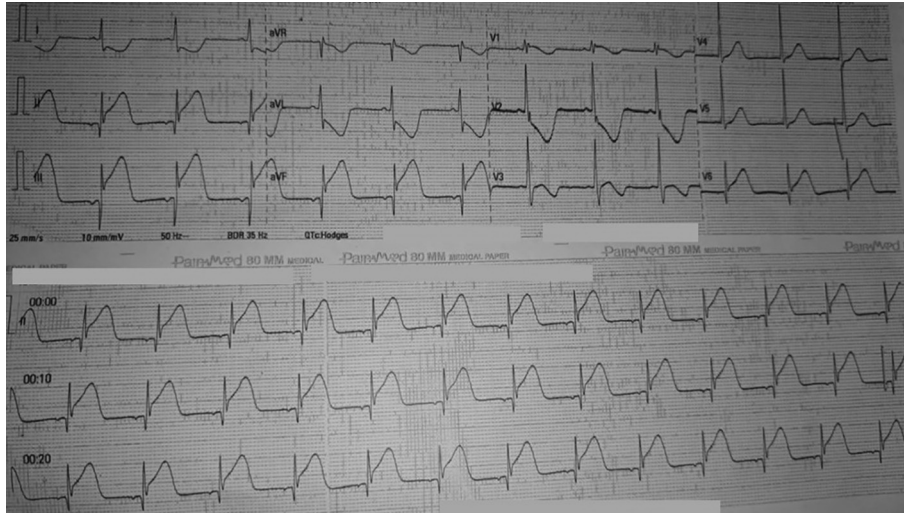
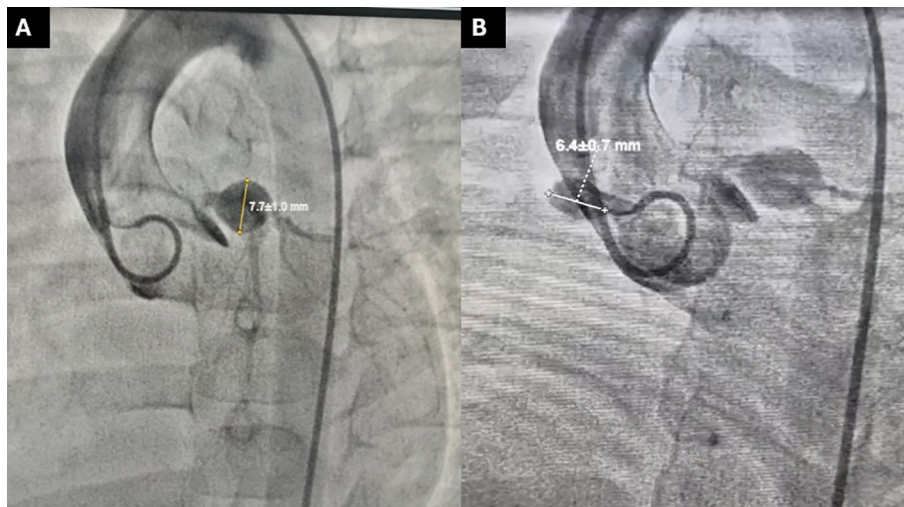


Fig. 2. Coronariografía (A) Arteria coronaria izquierda, con aneurisma gigante localizado distal al tronco, comprometiendo el origen de la descendente anterior y la circumfleja. (B) Arteria coronaria derecha, con aneurisma proximal con oclusión total y perfusión distal a través de circulación colateral.



El manejo de los aneurismas coronarios asociados a enfermedad de Kawasaki depende de su tamaño, localización y de la presencia de complicaciones trombóticas o isquémicas. En pacientes con aneurismas gigantes o comprometido difuso, la intervención percutánea puede resultar técnicamente desafiante y asociarse a un mayor riesgo de complicaciones, como embolización distal, reoclusión o dificultad para la adecuada implantación de dispositivos. De igual forma, la revascularización quirúrgica no siempre es factible, especialmente en pacientes pequeños o con anatomía compleja. (6)

En este contexto, el tratamiento médico con terapia antiagregante, como se instauró en este caso, constituye una estrategia razonable, orientada a disminuir

el riesgo de eventos trombóticos y a estabilizar la enfermedad. Este enfoque requiere un seguimiento estrecho a largo plazo, dado el riesgo persistente de complicaciones cardiovasculares

Finalmente, este caso resalta la importancia del seguimiento estructurado en pacientes con antecedente de enfermedad de Kawasaki, especialmente en aquellos con compromiso coronario. La evaluación periódica permite la detección oportuna de alteraciones vasculares y la estratificación adecuada del riesgo a largo plazo. (6) Asimismo, pone de manifiesto la necesidad de considerar el síndrome coronario agudo dentro del diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos con síntomas inespecíficos y antecedentes relevantes, así

como el valor del cateterismo cardíaco en la evaluación integral y la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ghelani SJ, Baker AL, Friedman KG, Dionne A, de Ferranti SD, Cohen KF, et al. Myocardial infarction in Kawasaki disease. *J Pediatr* 2025;284:113–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114638>
2. Burns JC, El-Said H, Tremoulet AH, Friedman KG, Gordon JB, Newburger JW. Management of myocardial infarction in children with giant coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr* 2020;221:230–4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.02.033>
3. Lee JJY, Lin E, Widdifield J, Mahood Q, McCrindle BW, Yeung RSM, et al. The long-term cardiac and noncardiac prognosis of Kawasaki disease: a systematic review. *Pediatrics* 2022;149:e2021052578. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052567>
4. Weisser J, Arnold L, Wällisch W, Quandt D, Opgen-Rhein B, Riede FT, et al. Specific morphology of coronary artery aneurysms in mainly White patients with Kawasaki disease: initial data from the Cardiac Catheterization in Kawasaki Disease Registry. *J Am Heart Asso.* 2024;13:e032457. <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.034248>
5. Vargas-Echeverría C, Echeverría-Consuegra R. Descubrimiento incidental de gran secuestro pulmonar en un paciente pediátrico. *Arch Cardiol Mex* 2026;96:88–90. <https://doi.org/10.24875/ACM.24000208>
6. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135:e927–e999. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000484>