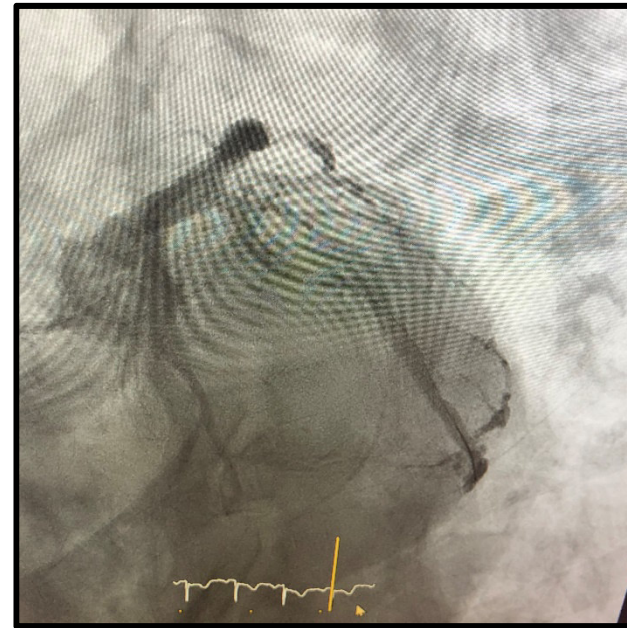
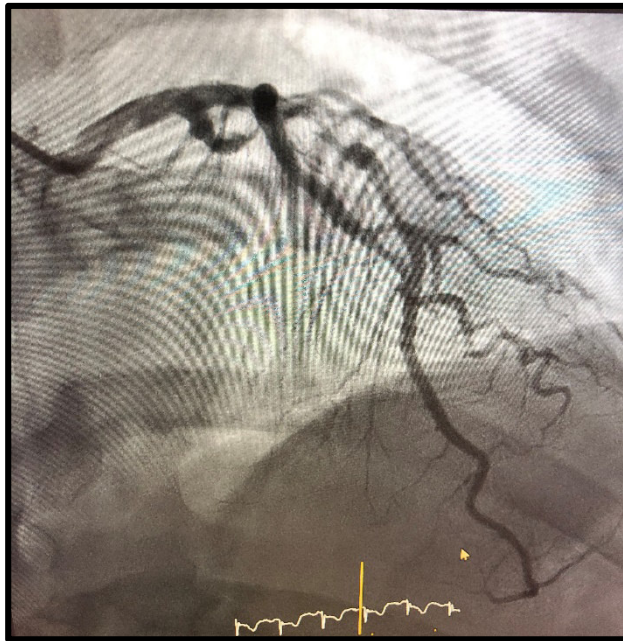


ANGIOPLASTIA MULTIVASO



DATOS CLÍNICOS

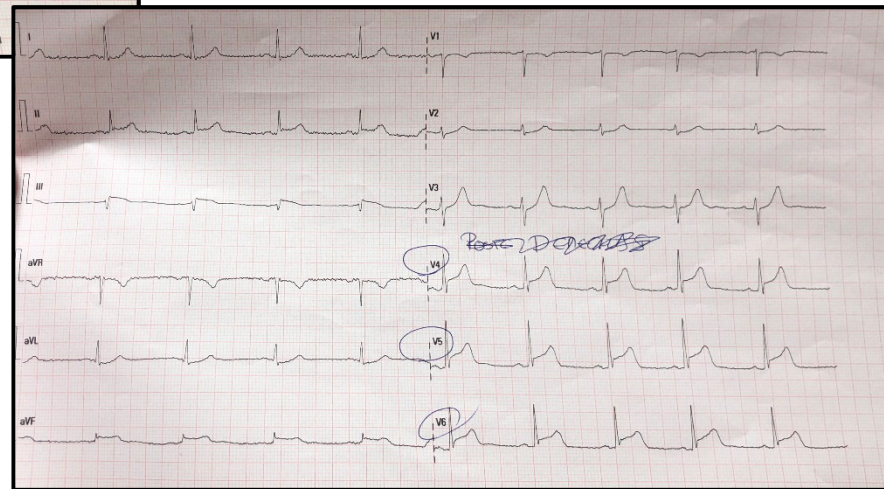
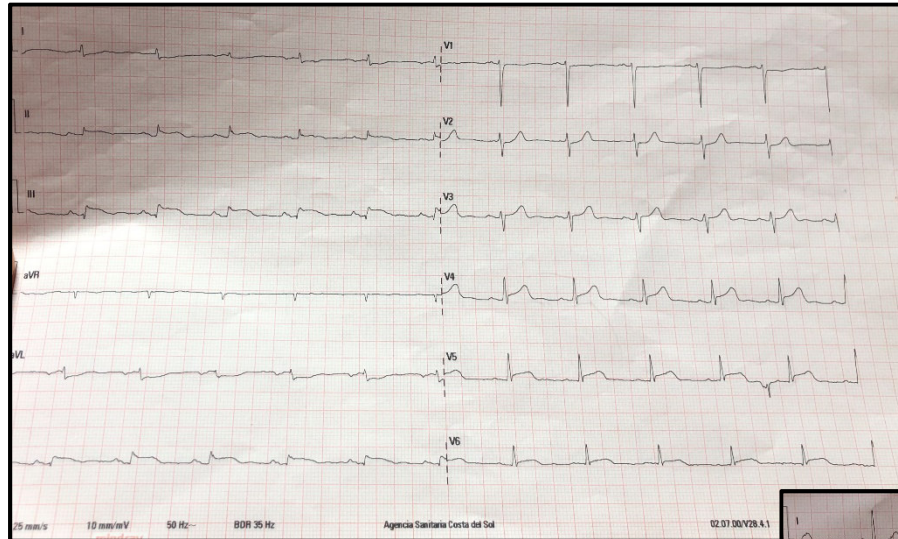
Paciente varón de 44 años, dislipémico como único factor de riesgo cardiovascular conocido.

Acude a urgencias de nuestro hospital por angina típica de una hora la noche anterior mientras estaba en reposo con reaparición de la sintomatología la mañana del ingreso con cortejo vegetativo acompañante.

A la exploración se objetiva BEG, sin soplos ni signos de insuficiencia cardiaca con cifras tensionales de 180/100.

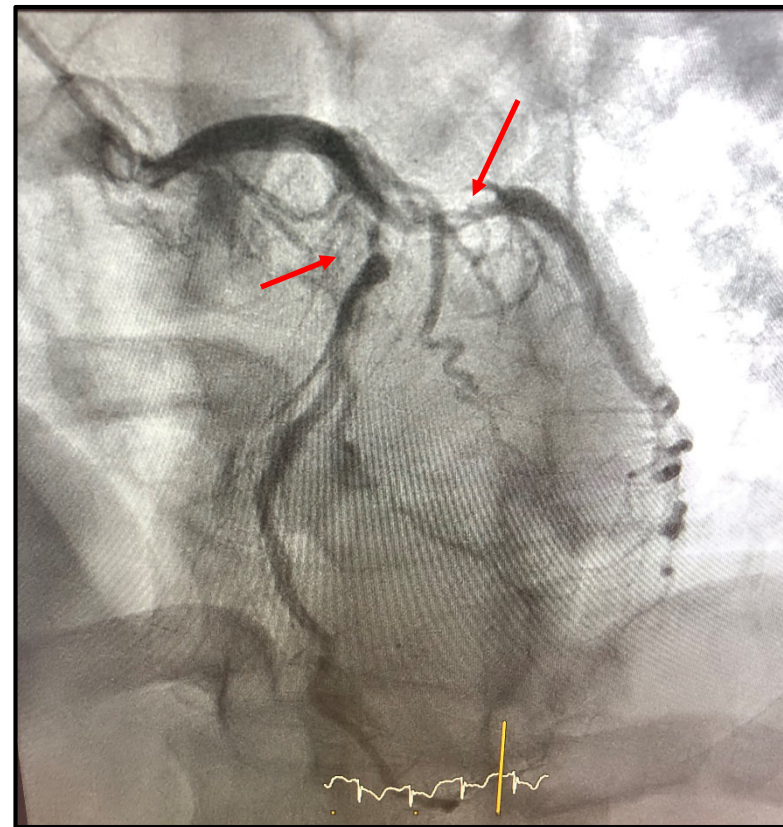
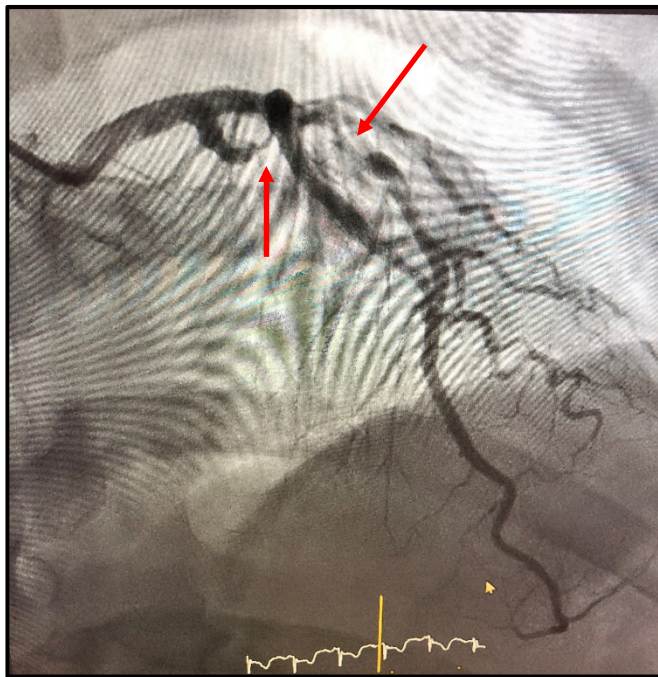
Se realiza ECG (ver siguiente diapositiva) y se activa protocolo de angioplastia primaria.

ELECTROCARIOGRAMA



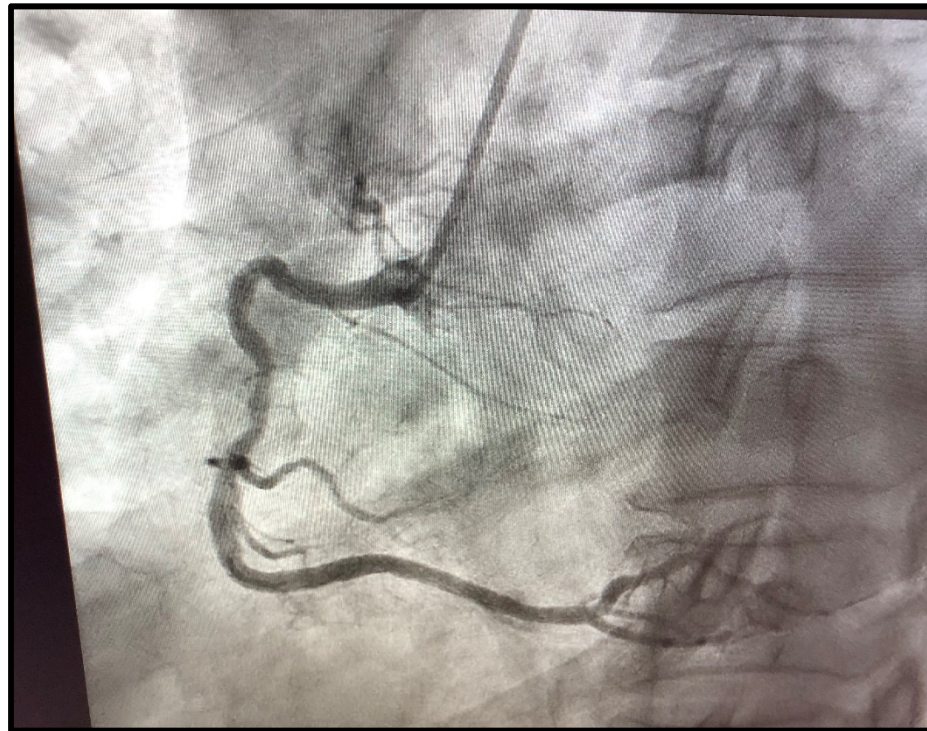
Coronariografía izquierda:

Lesiones subtotales en arteria DA proximal (con imagen de placa complicada y rota) y en Cx proximal



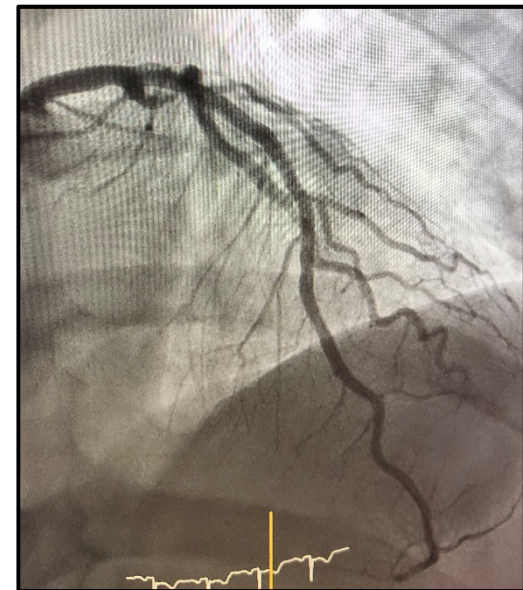
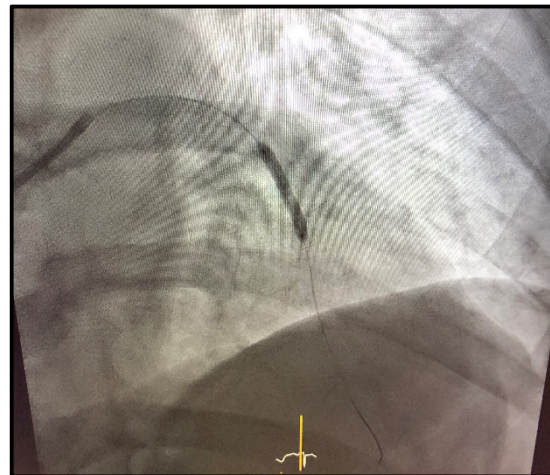
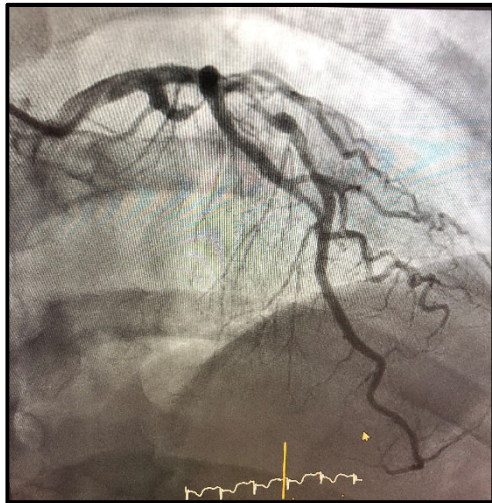
Coronariografía derecha

Presumiblemente se esperaba lesión significativa u oclusión total (SCACEST inferior) pero no presentaba lesiones significativas



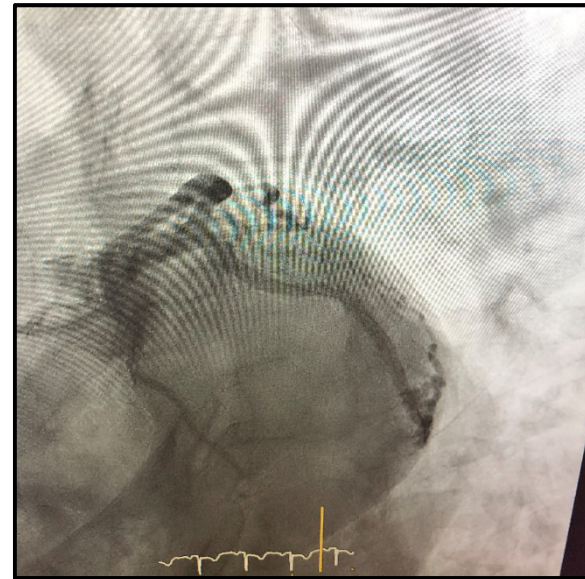
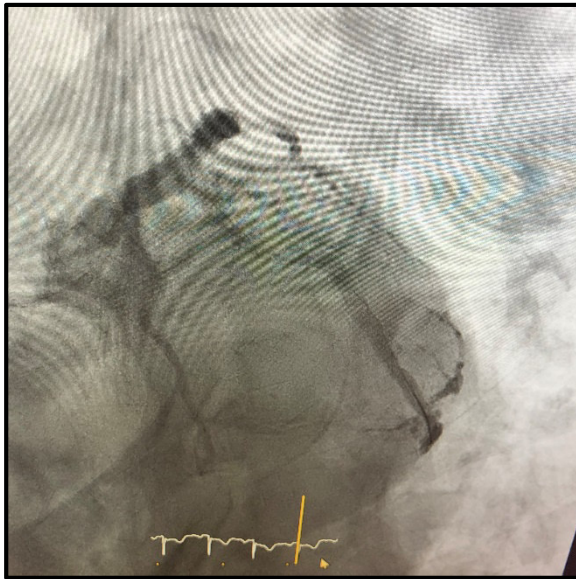
Terapéutico:

Se actúa inicialmente sobre la DA (probable culprit por placa rota) con implante de 2 stents solapados Orsiro®



Terapéutico:

Posteriormente se actúa sobre la Cx proximal con implante de stent recubierto Sinergy®



Conclusiones

1. El ECG inicial no siempre te puede asegurar cual es la arteria coronaria culpable del evento isquémico agudo.
2. Habitualmente, la situación clínica del paciente, sin afectación del estado general y con dolor torácico de escasa intensidad, suele orientar a que la arteria culpable esta abierta.
3. La corta edad (44 años) y el escaso número de factores de riesgo cardiovascular (sólo dislipémico) no deben ser, a día de hoy, factores para no pensar en la cardiopatía isquémica como causa de un dolor torácico.