

Intervención coronaria percutánea a tronco coronario izquierdo sin soporte ventricular en paciente con FEVI reducida

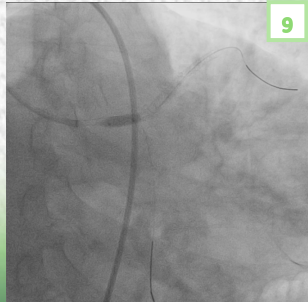
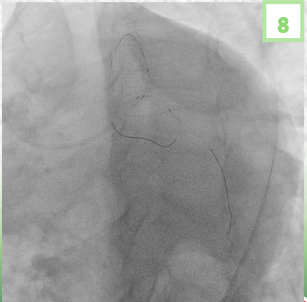
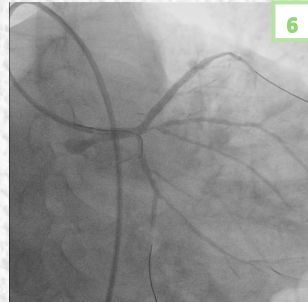
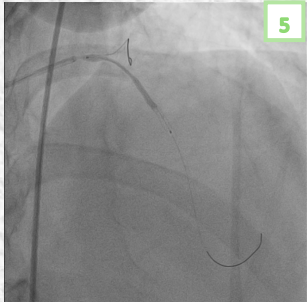
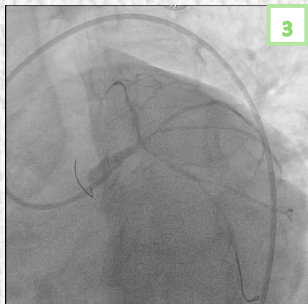
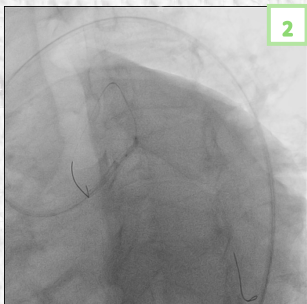
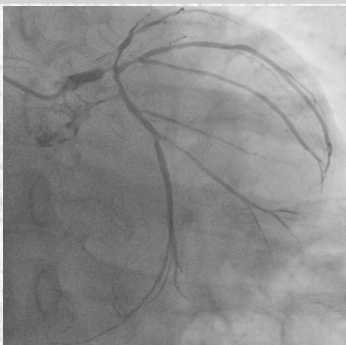
Ficha clínica

- Masculino 51 años.
- Factores de riesgo: edad, género, HAS, ICC, obesidad, sedentarismo.
- Historia CV: IM no reperfundido. ICC FEr 37%.
- Padecimiento: 2 semanas con angina inestable.
- ECOTT VI no dilatado, hipocinesia septal-apical, anterolateral basal y medio, inferolateral basal y medio, inferior; acinesia lateral-apical, anterior y apical.
- SPECT infarto no transmural apex y anterior con isquemia leve, infarto no transmural inferior e inferoseptal con isquemia moderada, infarto no transmural lateral, sin isquemia residual.

CTT 20.05.25

TCI distal 90% involucrando ostium de trifurcación.

Resto enfermedad difusa no significativa.



Descripción de procedimiento:

1. Acceso femoral derecho 7 F, catéter guía extra soporte.
2. Guías coronarias 0.014 extra soporte 1.2 g a DA y CX.
3. Predilatación con balón SC 2x10 mm.
4. NTG 200 mcg intracoronario.
5. Implante de stent cromoplatino liberador de everolimus 3x48 mm.
6. Recruce a CX con guía coronaria 0.014 hidrofílica de 1.5 g.
7. POBA a CX con balón SC 2x15 mm.
8. Kissing balloon.
9. POT balón NC 4.5x8 mm.

