

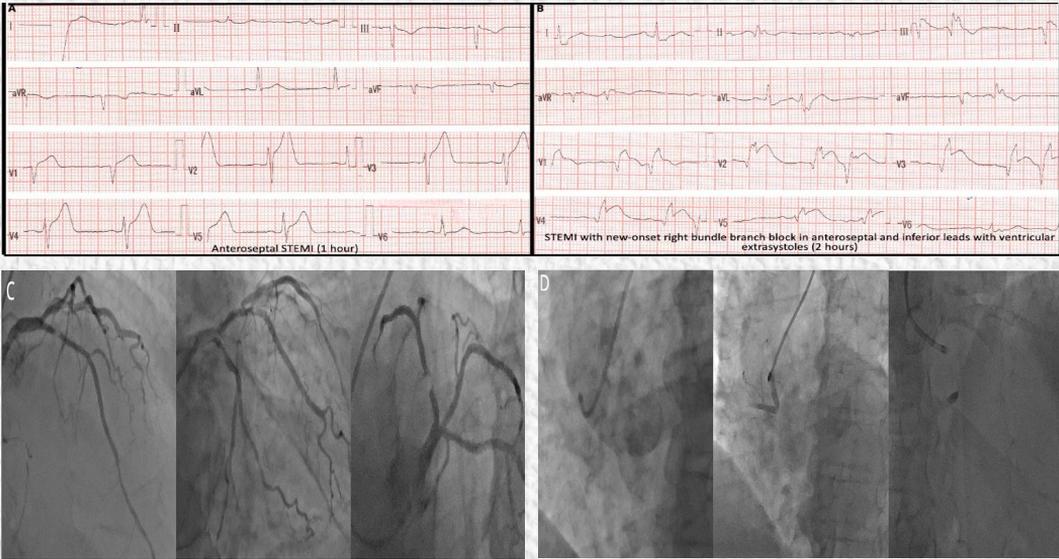
# El enigma de la doble lesión coronaria aguda: Identificando al verdadero culpable

Bryan Angulo<sup>1</sup>, Luis Inga<sup>1</sup>, Flor Ibañez<sup>1</sup>, Roberto Murillo<sup>1</sup>, Gustavo Miranda<sup>1</sup>, Orestes Salazar<sup>1</sup>, Franklin Espinoza<sup>1</sup>, Marcos Jauregui<sup>1</sup>, Andre Torres<sup>1</sup>.

1. Departamento de Cardiología Intervencionista, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 81 años, con hipertensión y gota, ingresa por dolor pre cordial de una hora de evolución, con un ECG con elevación ST anteroseptal (Imagen A), fue referido para ICP primaria. A su ingreso a las 2 horas, el ECG mostró bloqueo de rama derecha de novo en derivadas anteroseptal e inferiores con extrasístoles ventriculares (Imagen B). En hemodinamia, la coronaria izquierda presentó oclusión subtotal de la descendente anterior proximal (Imagen C) y la coronaria derecha presentó una variante anatómica con origen alto y oclusión trombótica total proximal (Imagen D).



## DISCUSIÓN

El HEART TEAM, decidió la revascularización coronaria completa al tratarse de dos arterias con compromiso angiográfico en un evento agudo. Se implantó dos stents proximales en la DA, con flujo TIMI III (Imagen E). En la CD se implantó dos stents proximales, con flujo TIMI III (Imagen F). En el control de 24 horas, el ecocardiograma (ETT) mostró una FEVI de 32% con hipocinesia anterior e inferior y el ECG mostró BCRHH. Se descarto patología trombogénica de origen hematológico. A los cuatro meses, la FEVI fue de 45% con mejoría de la motilidad de sus segmentos y el ECG presentó bloqueo incompleto de rama izquierda. Con evolución favorable en el seguimiento.

