Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 802

Revista Española de Cardiología

6015-234. EVALUACIÓN DEL RATIO NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS COMO VARIABLE INFLAMATORIA PREDICTORA DE LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Kevin Álvarez Ruiz, Carlos Gil Guillén, José María Medina Gil, Efrén Martínez Quintana y Francisco Jiménez Cabrera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: La determinación del ratio neutrófilos/linfocitos (RNL) es un parámetro inflamatorio que podría ayudar a predecir, de forma precoz, la gravedad del evento agudo presentado por el paciente. El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre el RNL con: la gravedad del diagnóstico al ingreso (SCACEST, IAMSEST o angina inestable), la gravedad de la enfermedad coronaria (EC) demostrada en la coronariografia, el pico de troponinas alcanzado y la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) al alta.

Métodos: Seleccionamos de manera consecutiva aquellos pacientes que ingresaron en Cardiología con el diagnóstico de SCA entre mayo y agosto de 2016. Excluimos aquellos con infección concomitante al ingreso, afectos de tumores sólidos o hematológicos y bajo tratamiento con corticoides que pueden alterar el ratio descrito. Analizamos los datos de la primera analítica extraída a la llegada de los pacientes al servicio de urgencias. Dado que la variable RNL no sigue una distribución normal en nuestra cohorte (comprobado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov) se utilizaron test no paramétricos para el contraste de hipótesis.

Resultados: Se analizaron 97 pacientes. No existieron diferencias entre el RNL y la edad, el sexo ni los factores de riesgo cardiovascular. A mayor gravedad del diagnóstico de ingreso, mayor elevación del ratio RNL (angina inestable 25,46 frente a SCASEST 45,71 frente a SCACEST 66,66) p 0,001. Existió una tendencia no significativa entre la gravedad de la EC objetivada en la coronariografía y el ratio RNL (sin lesiones 24,60; 1 vaso 46,18; 2 vasos; 54,50; 3 vasos 51,08) p 0,15. A su vez, se comprobó una buena correlación entre el pico de troponina alcanzado y el ratio RNL (coeficiente 0,59 p 0,0001). También se encontró una relación estadísticamente significativa entre mayor gravedad de la disfunción ventricular izquierda al alta con respecto al ratio RNL (FEVI [> 50%]: 42,99; FEVI [50-40%]: 57,10; FEVI [40-30%]: 46,89; FEVI [30%]: 69,55) p 0,021.

Resultados principales del estudio

RNL

	Angina inestable	25 (25,8%)	
Diagnóstico al ingreso	IAMSEST	35 (36,1%)	Test Kruskal-Wallis (25,46 frente a 45,71 frente a 66,66), p 0,001
	IAMCEST	37 (38,1%)	
Pico de troponinas		Media 18,24	Correlación usando Rho de Spearman. Coeficiente 0,59 significativas (p 0,0001)
	> 50	58 (59,1%)	
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta	50-40	20 (20,6%)	Test Kruskal-Wallis (42,99 frente a 57,10 frente a 46,89 frente a 69,55), p 0,021
	40-30	9 (9,3%)	
	30	10 (10,3%)	
Enfermedad arterial coronaria demostrada en coronariografía	Sin lesiones	5 (5,2 %)	Test Kruskal-Wallis (24,60 frente a 46,18 frente a 54,50 frente a 51,08), p 0,15
	Lesión monovaso	33 (34%)	
	Lesión en 2 vasos	27 (27,8%)	
	TCI o 3 vasos	32 (33%)	

RNL = ratio linfocitos-neutrófilo.

Conclusiones: El ratio RNL se mostró como un parámetro de utilidad a la hora de predecir la gravedad del evento coronario agudo, tuvo una tendencia no significativa (en probable relación al tamaño muestral) con el número de vasos afectos en la coronariografía, una buena correlación con el pico de troponinas alcanzado y se asoció a mayor disfunción ventricular izquierda al alta.