

Perfil inflamatorio basal y pronóstico en SCACEST vs SCASEST: ¿fenotipos distintos?

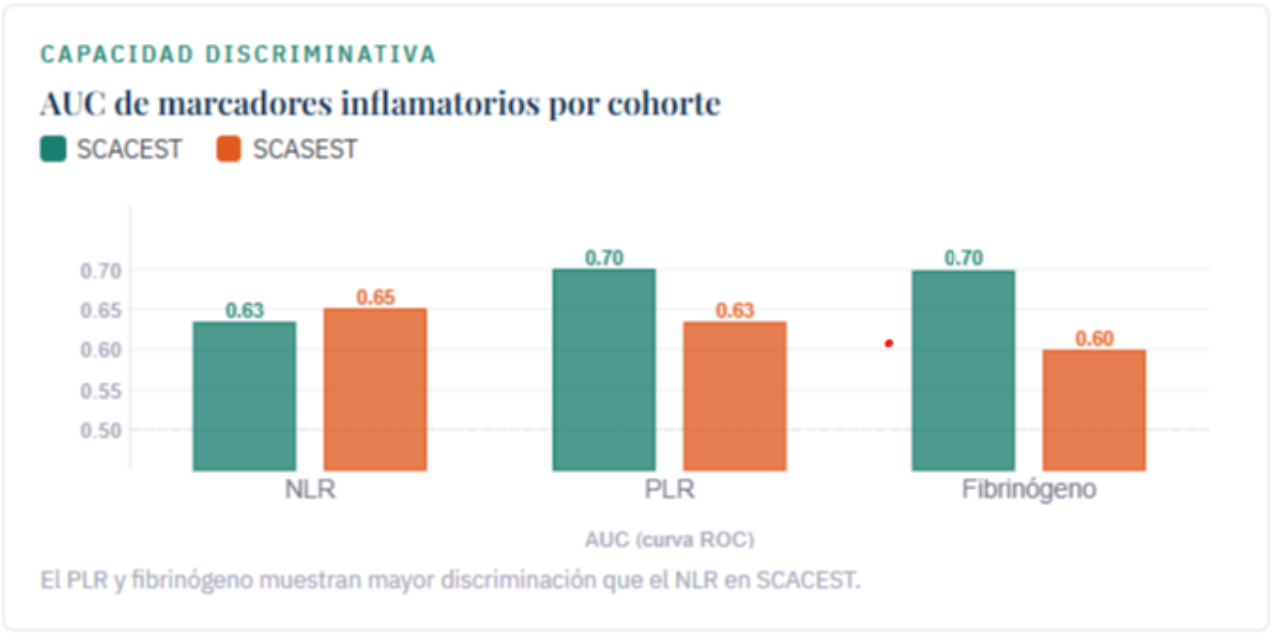
Lucas Orihuela Martínez-Costa(1), Luis Manuel García Linacero(1), Santiago Fernández Vivero(1), Javier Goñi Lara(1), Rafael R. Martínez Moya(1), Sergio García Gómez(1), José Luis Zamorano Gómez(1) y Marcelo Sanmartín Fernández(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST) presentan fisiopatología y perfil de riesgo distintos. El objetivo de este trabajo es comparar el perfil inflamatorio basal entre ambas entidades y analizar si su impacto pronóstico sobre los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) a 12 meses difiere entre los dos síndromes.

Métodos: Se analizaron 421 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA): 202 con SCACEST y 219 con SCASEST, excluyendo casos con shock cardiogénico. Se recogieron el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), el cociente plaqueta-linfocito (PLR) y el fibrinógeno al ingreso. La comparación entre cohortes se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas y chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas. Se calcularon curvas ROC para cada marcador inflamatorio y se realizó regresión logística multivariante independiente en cada cohorte, ajustando por edad, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y número de vasos enfermos.

Resultados: Los pacientes con SCACEST presentaron NLR y PLR significativamente más elevados que los SCASEST (NLR: 4,8 vs. 3,0; p<0,001; PLR: 132,7 vs. 120,0; p=0,006). La incidencia de MACE fue del 8,9% en SCACEST y del 14,6% en SCASEST (p=0,096). La capacidad predictiva del NLR fue similar en ambas cohortes (área bajo la curva 0,63 en SCACEST y 0,65 en SCASEST). El PLR mostró mayor capacidad discriminativa en SCACEST (área bajo la curva 0,70) que el NLR. En el análisis multivariante, el NLR fue predictor independiente de MACE tanto en SCACEST (odds ratio 1,10; intervalo de confianza del 95% 1,00-1,20; p=0,043) como en SCASEST (OR 1,10; IC95% 1,00-1,20; p=0,049).

Conclusiones: Pese al mayor estado inflamatorio agudo en el SCACEST, el NLR muestra una capacidad predictiva de MACE comparable en ambas cohortes. El PLR puede aportar información pronóstica adicional al NLR, especialmente en el SCACEST.





Comparación de características basales y perfil inflamatorio entre SCACEST y SCASEST

Variable	SCACEST n=202	SCASEST n=219	p
Edad, años	64 (54-76)	73 (61-83)	<0,001
Sexo masculino	78,2%	68,9%	0,036
HTA	55,4%	67,6%	0,012
Dislipemia	55,4%	68,9%	0,005
IAM previo	7,9%	22,4%	<0,001
Neutrófilos, /µl	8300 (6035-10575)	5770 (4520-7350)	<0,001
Linfocitos /µl	1670 (1203-2210)	1830 (1280-2590)	0,027
NLR	4,8 (3,1-8,2)	3,0 (2,0-4,8)	<0,001
PLR	133 (101-194)	120 (81-162)	0,006
Fibrinógeno, mg/dl	412 (334-500)	383 (311-497)	0,091
Nº vasos enfermos	1 (1-2)	1 (1-2)	<0,001
Revasc. completa	88,1%	74,4%	<0,001
MACE	8,9%	14,6%	0,096
AUC NLR	0,63	0,65	-
AUC PLR	0,70	0,63	-
OR NLR (multiv.)	1,10 (1,00-1,20)*	1,10 (1,00-1,20)*	-

Variables continuas: mediana [rango intercuartílico]. Dicotómicas: porcentaje. HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. NLR: cociente neutrófilo-linfocito. PLR: cociente plaqueta-linfocito. AUC: área bajo la curva ROC. OR: odds ratio (IC 95%). MACE: eventos cardiovasculares adversos mayores. Revasc.: revascularización. *p<0,05 en regresión logística multivariante.