

ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO Y EXTENSIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Curia, Nicolas; Coronel, Jose; Mormina, Emilio; Gargiulo, Mario; Paterlini, Gustavo
Servicio de Cardiología – Sanatorio 9 de Julio | Jornadas Académicas de Tucumán 2026

1. INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS

Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) desencadena una respuesta inflamatoria y metabólica sistémica.

El índice leucoglucémico (ILG), que integra el recuento leucocitario y la glucemia al ingreso, ha sido estudiado como marcador de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Aunque algunos estudios sugieren una posible relación entre ILG y la gravedad de la enfermedad coronaria, su asociación con la extensión anatómica en pacientes con SCA es limitada y heterogénea.

Objetivo primario

Evaluar la asociación entre el ILG al ingreso y la extensión anatómica de la enfermedad coronaria en pacientes con SCA sometidos a cinecoronariografía.

Objetivos secundarios

- Relación del ILG con GRACE y Killip-Kimball.
- Relación con el tipo de IAM.
- Asociación exploratoria entre ILG y troponina I.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos

- Estudio observacional, analítico y retrospectivo.
- Población: 59 pacientes consecutivos con SCA sometidos a cinecoronariografía.
- $ILG = \text{leucocitos (mm}^3) \times \text{glucemia (mg/dL)} / 1000$.
- Anatomía coronaria clasificada en 1, 2 o 3 vasos; análisis principal: 1 vs ≥ 2 vasos.
- Variables secundarias: GRACE, Killip-Kimball, FEVI, tipo de IAM y troponina I.
- Estadística: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Spearman y regresión logística.
- Sensibilidad con transformación logarítmica del ILG.

Población

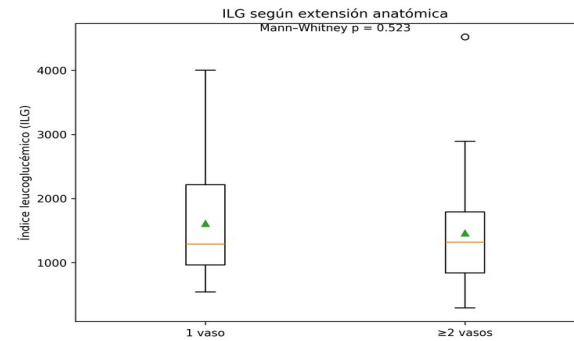
N = 59

Edad media: 68,4 años
Varones: 46 (78%)
Diabetes: 25 (42,4%)
HTA: 43 (72,9%)

IAMCEST: 41 (69,5%)
IAMSEST: 18 (30,5%)
Anatomía disponible: 58
Multivazo: 31 (53,4%)

3. RESULTADOS PRINCIPALES

ILG y enfermedad multivazo

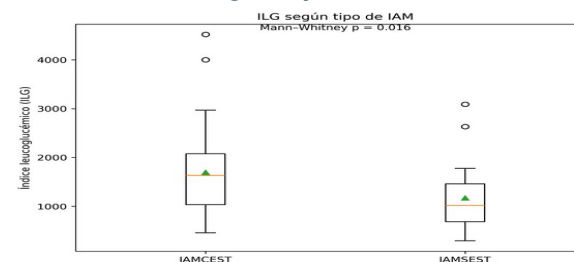


Mediana: 1289 vs 1318 | **p = 0,523**
OR por 500 unidades: 0,91 (IC95% 0,68–1,22)

Extensión anatómica

1 vaso: 27 (46,6%) | 2 vasos: 16 (27,6%) | 3 vasos: 15 (25,9%)
ILG mediano: 1289 / 1326 / 1154
Kruskal-Wallis p = 0,809; Spearman $\rho = -0,083$; $p = 0,534$.

ILG según tipo de infarto



IAMCEST: 1635 | IAMSEST: 1018
Mann-Whitney p = 0,016

4. CORRELACIONES / CONCLUSIONES

Correlaciones / resultados secundarios

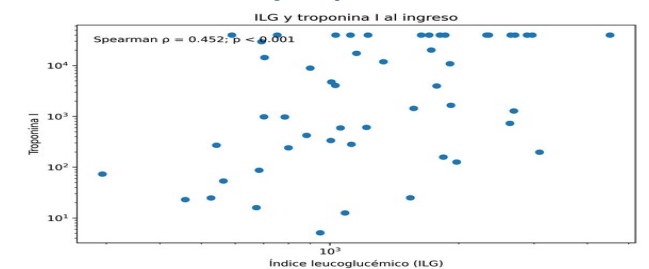
ILG vs GRACE
 $p = 0,107$ | $p = 0,424$

ILG vs Killip-Kimball
Sin asociación significativa ($p = 0,261$).

ILG vs troponina I
 $p = 0,452$ | $p < 0,001$ ($n = 51$).
Asociación positiva moderada.

Sensibilidad
Excluyendo troponina en el límite superior:
 $p = 0,310$ | $p = 0,070$.

ILG y troponina I



Hallazgo exploratorio; limitado por valores de troponina en el límite superior.

Conclusiones

- El ILG al ingreso no se asoció con la extensión anatómica de la enfermedad coronaria.
- Tampoco mostró asociación con GRACE ni Killip-Kimball.
- Se observó una asociación exploratoria con troponina I y valores mayores en IAMCEST.
- Podría reflejar predominantemente la respuesta inflamatoria-metabólica al evento agudo más que la carga aterosclerótica anatómica.

MENSAJE CLAVE: EL ILG NO SE ASOCIÓ CON LA EXTENSIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

La posible relación con la injuria miocárdica aguda constituye un hallazgo exploratorio que requiere confirmación.