



I-026 - ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO (INL) EN PACIENTES INGRESADOS POR CELULITIS Y ABSCESOS CUTÁNEOS

A. Cuenca Abarca, J. Alonso Morís, A. Muñoz Serrano, A. Ángel-Moreno Maroto

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

Resumen

Objetivos: La celulitis e infección de partes blandas representan un motivo frecuente de consulta en el servicio de urgencias. La decisión sobre el manejo ambulatorio u hospitalario se realiza en base a criterios clínicos y analíticos. Contamos con escalas pronósticas validadas como Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis score (LRINEC) que predice el riesgo de evolución a fascitis necrotizante (LRINEC > 6). El objetivo de nuestro estudio es analizar el papel del cociente neutrófilos/linfocitos (INL), herramienta de fácil acceso, y su relación con esta patología.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional que incluyó 127 pacientes mayores de 16 años, con una mediana de edad de 64 años, de los que el 59,1% eran varones, ingresados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro desde enero de 2011 a diciembre de 2014, por celulitis, abscesos cutáneos o fascitis necrotizante. Fueron excluidos pacientes con enfermedades hematológicas, oncológicas, VIH avanzado y no tratado, en tratamiento inmunosupresor, los que presentaban úlceras crónicas, pie diabético, infección de material de osteosíntesis, osteomielitis o infección de herida quirúrgica. Se realizó el cálculo del INL y de LRINEC a su llegada a urgencias y a las 48 horas de estancia hospitalaria.

Resultados: La estancia media fue de $9,17 \pm 8,1$ días. Los servicios por orden de frecuencia fueron Medicina Interna (71,7%), Cirugía General (15%) y Traumatología (8,7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (43,3%), sobrepeso (41,11%) y diabetes mellitus (21,3%). El 63% presentaba puerta de entrada. Cumplían criterios de sepsis el 15,7%, fiebre > 38,5 °C 12,6%, bacteriemia 3,9%. El 37,8% recibió antibioterapia sistémica previa. El 19,7% precisó drenaje y el 6,3% desbridamiento quirúrgico. El 89,8% recibió antibioterapia adecuada (entendida como la propuesta en las guías de práctica clínica) y el 9,4% precisó reingreso por el mismo proceso. Se registraron dos casos de fascitis necrotizante, dos precisaron cuidados intensivos y se produjeron siete exitus letalis. La media de INL fue mayor en pacientes con FC > 90 lpm ($p = 0,011$) sepsis ($p < 0,001$), fiebre > 38,5 °C ($p = 0,005$). El INL > 7 se asoció con sepsis ($p < 0,001$; OR = 8,11 IC95% 2,24-29,36), LRINEC > 6 ($p = 0,006$) y mayor PCR ($p < 0,001$). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las medias INL al ingreso y INL a las 48h ($p < 0,001$). El INL > 7 a las 48h se relaciona con mayor media de PCR al ingreso ($p < 0,001$), con mayor media de PCR 48h ($p < 0,001$) y LRINEC > 6 al ingreso ($p < 0,001$). Hubo correlación estadísticamente significativa entre INL y LRINEC ($r 0,353$ $p < 0,001$). INL y PCR ($r 0,428$ $p < 0,001$), INL a las 48h y PCR ($r 0,451$ $p < 0,001$). No se demostró asociación entre valores elevados INL (al ingreso y a las 48h) y

mortalidad, estancia media, bacteriemia, necesidad de drenaje y desbridamiento y evolución a fascitis necrotizante.

Discusión: El INL se relaciona con marcadores de gravedad como sepsis y PCR, tanto al inicio como a las 48 horas de ingreso. Es por tanto, una herramienta útil en la toma de decisiones. En los estudios realizados en pacientes con neumonía y bacteriemia comunitarias el INL elevado se asoció con peor pronóstico y mayor mortalidad. En nuestro estudio, no se han demostrado dichas evidencias probablemente por el pequeño tamaño muestral. En los casos que precisaron drenaje el INL no fue de gran utilidad posiblemente por tratarse de un proceso local más que sistémico.

Conclusiones: Valores elevados de INL se correlacionan con PCR, sepsis, LRINEC > 6 en celulitis e infección de partes blandas. A la vista de los resultados de nuestro estudio proponemos $\text{INL} \geq 7$ como punto de corte.