



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

176 - ÍNDICE NP/LHB (NEUTRÓFILOS \times PLAQUETAS/LINFOCITOS \times HEMOGLOBINA) COMO POTENCIAL MARCADOR PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

M. Hernández Aínsa^{1,2}, R. Velamazán Sandalinas^{1,2}, P. Carrera Lasfuentes^{1,2}, F. Sopeña Biarge^{1,2}, A. Lanás Arbeloa^{1,2,3} y E. Piazuolo Ortega^{1,2}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza. ³Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Zaragoza.

Resumen

Introducción: La inflamación sistémica se relaciona con el cáncer colorrectal (CCR). Se ha encontrado asociación entre los índices analíticos sanguíneos que reflejan el estado de inflamación (NLR = ratio neutrófilos/linfocitos, PLR = ratio plaquetas/linfocitos, SII = ratio neutrófilos \times plaquetas/linfocitos) y algunas variables pronósticas del CCR. El objetivo de este estudio fue investigar si existían diferencias de estos índices y de un nuevo índice llamado NP/LHb (ratio neutrófilos \times plaquetas/linfocitos \times hemoglobina), entre pacientes con CCR y sin CCR, así como en relación a variables relacionadas con el CCR (estadio TNM, localización).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, formado por un grupo de casos diagnosticados de CCR (n = 237) y un grupo de controles sin CCR (n = 237), emparejados por edad y sexo. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con el tumor, y analíticas (hemograma), a partir de las cuales se calcularon los índices. En los casos se recogieron las variables en 2 momentos, al diagnóstico y previamente al mismo (mediana 6 meses, RIQ 4-8). El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS versión 26.

Resultados: Se encontró asociación de los índices en relación a la existencia de CCR, al estadio TNM y a la localización (tabla). El análisis de curvas ROC proporcionó los mejores puntos de corte para discriminar CCR y las áreas bajo la curva: NLR 2,28 (AUC: 0,730), PLR 122,43 (AUC: 0,743), SII 616,46 (AUC: 0,745) y NP/LHb 43,90 (AUC: 0,785). NP/LHb mostró los mejores resultados con una especificidad del 91,1%, un VPP del 86,2% y una OR de 12,71.

Tabla 1. Índices analíticos sanguíneos en función del grupo de estudio, estadio TNM y localización tumoral. Los datos se muestran como mediana (Q1-Q3).

	NLR	PLR	SII	NP/LHb
COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DE ESTUDIO				
Grupo control (sin CCR) (n = 237)	1,62 (1,27-2,17)	90,90 (75,45-110,20)	345,70 (243,4-488,48)	23,29 (16,19-32,28)
Grupo de casos (con CCR) previamente a ser diagnosticados (n = 146)	1,94 (1,39-2,70)	111,29 (84,63-155,33)	447,31 (310,24-634,41)	33,44 (23,32-49,67)
Grupo de casos (con CCR) en el momento del diagnóstico (n = 237)	2,57 (1,69-4,24)	133,76 (96,32-185,35)	618,75 (384,63-1086,08)	49,31 (27,97-96,83)
<i>p-valor</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p < 0,001</i>
ESTADIO TNM (Grupo de casos, n = 237)				
I (n = 40)	1,79 (1,33-2,34)	110,22 (86,57-139,15)	414,64 (339,45-616,20)	30,69 (25,62-51,55)
II (n = 57)	3,04 (1,83-5,56)	122,85 (89,28-189,50)	677,10 (317,52-1375,50)	55,95 (27,51-117,67)
III (n = 88)	2,89 (1,86-4,39)	144,47 (104,21-184,10)	640,63 (412,50-1087,32)	50,15 (28,83-85,13)
IV (n = 52)	2,72 (1,91-4,60)	158,47 (99,48-222,53)	941,35 (462,82-1359,95)	68,05 (37,21-117,70)
<i>p-valor</i>	<i>p < 0,001</i>	<i>p < 0,001</i>	<i>p < 0,001</i>	<i>p=0,001</i>
LOCALIZACIÓN TUMORAL (Grupo de casos, n = 237)				
Recto (n = 61)	2,27 (1,61-3,13)	116,01 (85,12-156,11)	495,16 (344,09-746,05)	35,10 (25,60-59,61)
Colon izquierdo (n = 89)	2,40 (1,32-3,67)	133,23 (93,20-175,12)	603,02 (375,97-1018,88)	44,73 (26,81-83,94)
Colon derecho (n = 87)	3,05 (1,50-4,44)	157,07 (104,33-213,16)	714,11 (361,10-1225,23)	66,71 (28,42-129,53)
<i>p-valor</i>	<i>p=0,080</i>	<i>p=0,005</i>	<i>p=0,018</i>	<i>p=0,001</i>

Conclusiones: Los índices (en especial NP/LHb) se modifican con el desarrollo de CCR, por lo que podrían ser herramientas útiles para establecer el pronóstico así como un diagnóstico precoz. Combinándose con los métodos de cribado actuales, permitirían priorizar colonoscopias en pacientes con un test de sangre oculta en heces positivo y valores más elevados de los índices.