

# VALIDACIÓN DE ÍNDICES PRONÓSTICOS CLÍNICOS EN LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B ASOCIADO A USO DE INMUNOHISTOQUÍMICA

Javier Melo-Toledo<sup>1</sup>, Camila Inostroza-Muñoz<sup>1</sup>, Rolando Martínez-Figueroa<sup>1</sup>, Joaquín Cánepa-González<sup>1</sup>, Cristóbal Miño-Morales<sup>2</sup>, Macarena Roa-Salinas<sup>3</sup>, Pablo Villegas-Anderson<sup>4</sup>, Claudia Gajardo-Sotomayor<sup>3</sup>, Verónica Lizama-Oyaneder<sup>3</sup>, Ximena Valladares-Ticona<sup>3</sup>, Patricia Graffigna-Marun<sup>3</sup>, Carolina Romero-Morgado<sup>3</sup>, Daniela Zambrano-Jaramillo<sup>3</sup>, Camila Peña-Ojeda<sup>3</sup>

1. Médico Becado de Medicina interna – Universidad de Chile – Hospital del Salvador, 2. Médico Internista - Hospital del Salvador, 3. Médico Hematóloga – Unidad de Hematología Clínica - Hospital del Salvador, 4. Médico Anatómo-patólogo - Unidad de Anatomía Patológica - Hospital del Salvador

**Introducción.** El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es una entidad heterogénea con supervivencia global (SG) variable. Para estratificación pronóstica, se utilizan los índices pronósticos (IP) R-IPI y NCCN-IPI. La condición de doble o triple expresor (DE o TE) establecida por inmunohistoquímica (IHQ) tiene implicancia pronóstica, pero no está incluida en dichos IP. La IHQ es una técnica relativamente barata y accesible en nuestro país. **Objetivo.** Validar R-IPI y NCCN-IPI en pacientes con LDCGB tratados en nuestro centro. Evaluar IHQ como factor pronóstico en LDCGB. **Material y método.** Estudio retrospectivo, aprobado por Comité de ética correspondiente. Se revisaron fichas clínicas y se confeccionó base de datos de pacientes tratados entre febrero 2013 y diciembre 2024. Se definió DE o TE como expresión en IHQ de MYC >40% más BCL2 y/o BCL6 >50%. Se estratificó a los pacientes según R-IPI y NCCN-IPI, y condición de DE o TE. Se estimó la SG mediante curvas de Kaplan-Meier, comparándolas con test log-rank. Para evaluar la significancia de DE o TE en presencia de los IP, se construyó una regresión de Cox uni y multivariada. Para el análisis se utilizó software Rstudio. **Resultados.** Se trataron 474 pacientes con LDCGB durante el periodo estudiado. El 56% fueron mujeres. La media de edad fue 67 años (rango 24-95). Un 64% fueron diagnosticados en etapa III ó IV. El 60% fue centro-germinal. En 253 pacientes se tuvo la IHQ para evaluar DE o TE, que se observó en un 41%. Se analizaron 406 pacientes según R-IPI, cuya SG a 5 años en los grupos obtenidos por R-IPI (muy bueno, bueno, pobre) fue 80,9%, 63,3% y 40,5%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). (Figura 1). Al analizar 395 pacientes bajo las categorías de NCCN-IPI (bajo, intermedio bajo, intermedio alto, alto), tuvieron SG a 5 años de 73,9%, 68,6%, 50,9% y 30,2%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Se analizaron 253 pacientes bajo la categoría presencia o ausencia de DE/TE, donde la SG a 5 años fue de 56,0% para los no expresores, y 37,3% para los DE o TE ( $p = 0,004$ ). En el modelo de regresión de Cox multivariado se encontró que, ajustando por R-IPI, la condición de DE o TE confiere un hazard ratio (HR) para muerte de 1,49 (IC 95%: 1,015-2,19) ( $p 0,042$ ), mientras que en el modelo ajustado por NCCN-IPI, se encontró que la presencia de DE o TE confiere un HR de 1,59 (IC 95%: 1,07-2,35) ( $p 0,010$ ). **Discusión.** Se validó R-IPI y NCCN-IPI en nuestra población. Se confirmó la peor SG en pacientes DE o TE, incluso ajustado por IP. Si bien nuestros resultados requieren validación en una cohorte independiente, estos sugieren que añadir el perfil IHQ de DE o TE a los IP podría predecir con mayor certeza el pronóstico de LDCGB, siendo accesible para utilizar en nuestro medio.