

Linfoma Difuso de Células Grandes B: caracterización de pacientes atendidos en un hospital universitario desde una perspectiva del mundo real.

Yorman Flores-Molina¹, Jose Manuel Valencia-Umaña², Simon de la Maza³, German Blumel-Ruiz³, Belen Salgado⁴, Stephan Skog-Marambio³, Camila Vivaldi⁴, Mauricio Sarmiento¹, Patricio Rojas-Reyes¹, Javier Diaz¹, Mauricio Ocqueteau¹, María José García⁵, Maximiliano Vergara¹, Felipe Palacios¹, Vicente Sandoval¹

1. Hematologo Pontificia Universidad Catolica, 2. Enfermero de Practica Avanzada de la Pontificia Universidad Catolica, 3. Becado de Hematologia UC, 4. Becada de Hematologia UC, 5. Hematologa Pontificia Universidad Catolica

INTRODUCCIÓN:

El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el subtipo más común de linfoma no Hodgkin en adultos. Pese a su agresividad, es potencialmente curable, especialmente con R-CHOP, que logra tasas de curación cercanas al 70%. En Latinoamérica, persisten barreras estructurales y clínicas que dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, afectando los desenlaces. Además, la baja representación chilena en estudios pivotaes limita la aplicación de estrategias terapéuticas validadas.

OBJETIVO:

Describir las características clínicas y los desenlaces de supervivencia en pacientes adultos con LDCGB.

MÉTODOS:

Estudio clínico-epidemiológico, descriptivo, correlacional, longitudinal, con diseño retrospectivo, que incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de LDCGB mediante biopsia, atendidos entre 2019 y 2025. La célula de origen se determinó mediante inmunohistoquímica, utilizando el algoritmo de Hans. Para el análisis estadístico se usaron tablas de contingencia y se construyeron curvas de Kaplan-Meier para estimar la supervivencia libre de progresión (PFS) y la supervivencia global (OS). Se realizó el análisis multivariado con el software IBM SPSS mediante regresión de Cox.

RESULTADOS:

Se incluyeron 70 pacientes con edad promedio de 60.1 años ($DE \pm 16.73$); 37 (52.9%) correspondieron al sexo masculino. Las características basales se presentan en la Tabla 1. Dos casos (2.86%) se asociaron a infección por VIH. La etapificación con PET-CT al momento del diagnóstico se realizó en 49 pacientes (70%), evidenciándose compromiso extranodal en 40 de ellos (57.14%). Respecto al tratamiento de inducción, la mayoría recibió esquemas basados en R-CHOP ($n=61$; 87.14%), mientras que 2 pacientes (2.86%) con fenotipo doble hit fueron tratados con R-DAEPOCH. Tres sujetos (4.28%) con compromiso del sistema nervioso central recibieron R-CHOP más metotrexato en altas dosis (HD-MTX). Con una mediana de seguimiento de 36 meses, no se alcanzó la mediana de OS ni de PFS. Sin embargo, la media de PFS y OS fue de 45.4 y 57.0 meses, respectivamente. Se observó una incidencia acumulada de recaída del 41.4% ($n=29$) y 14 fallecimientos (20%). En el análisis multivariado, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en PFS ni OS en relación con la edad, el índice pronóstico R-IPI ni el subtipo celular de origen.

CONCLUSIÓN:

Pese al uso predominante de inmunoterapia estándar, nuestra cohorte presentó una alta tasa de recaídas, posiblemente reflejando mayor prevalencia de factores biológicos adversos o dificultades en el acceso a terapias de consolidación y seguimiento. La ausencia de diferencias significativas en el análisis multivariado sugiere que los factores clínico-patológicos tradicionales no bastan para predecir el pronóstico, se requiere integrar paneles moleculares de alto rendimiento y enfoques terapéuticos personalizados para optimizar los resultados a largo plazo en escenarios reales de América Latina.