

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

Yorman Flores-Molina<sup>1</sup>, Jose Manuel Valencia-Umaña<sup>2</sup>, Simon de la Maza<sup>3</sup>, German Blumel-Ruiz<sup>3</sup>, Belen Salgado<sup>4</sup>, Stephan Skog-Marambio<sup>3</sup>, Camila Vivaldi<sup>4</sup>, Mauricio Sarmiento<sup>1</sup>, Patricio Rojas-Reyes<sup>1</sup>, Javier Diaz<sup>1</sup>, Mauricio Ocqueteau<sup>1</sup>, María José Garcia<sup>5</sup>, Maximiliano Vergara<sup>1</sup>, Felipe Palacios<sup>1</sup>, Vicente Sandoval<sup>1</sup>

1. Hematologo Pontificia Universidad Catolica, 2. Enfermero de Practica Avanzada de la Pontificia Universidad Catolica, 3. Becado de Hematología UC, 4. Becada de Hematología 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 pivotales 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 inmunoquimioterapia 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.