



Patrón clínico del linfoma folicular en Norte de Santander. Veinte años de seguimiento

» Juan Carlos Serrano Casas¹
» Carlos Roberto Varón Jaimes¹

¹ Unidad Hematológica Especializada

Introducción: el linfoma no Hodgkin (LNH) representa un grupo heterogéneo de neoplasias linfoproliferativas con diferente morfología, fenotipo inmunológico, genética, biología molecular y características clínicas. El linfoma folicular es el segundo tipo de LNH más común, solo después del linfoma difuso de células grandes. No hay muchos reportes clínico-patológicos con estudios de sobrevida de linfoma folicular en nuestro país.

Objetivos: determinar la incidencia, datos clínicos, pronóstico, tratamiento, curvas de sobrevida libre de progresión y sobrevida global de pacientes con linfoma folicular en la Unidad Hematológica Especializada en Cúcuta, Norte de Santander.

Hipótesis: se ha planteado si la puntuación FLIPI es capaz de establecer diferencias significativas en la sobrevida global y libre de progresión en los tres grupos de riesgo.

Materiales y métodos: se realizó un estudio institucional retrospectivo que incluyó 663 pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en general, con análisis de frecuencias de subtipos específicos de linfoma pertenecientes a la consulta externa de la UHE, entre los años 2000 a 2020, con al menos un año de seguimiento. Fueron elegibles al estudio 46 casos con linfoma folicular. Se evaluó estadio clínico, grado histológico, afectación medular, extranodal, carga tumoral, tratamiento, puntaje FLIPI, así como el índice POD24 (progresión en primeros 24 meses), además de correlación con sobrevida global y sobrevida libre de progresión.

Resultados: los subtipos histológicos más comunes fueron LNH DCG G B con 218 casos, LLC/LNH LP 88 y el linfoma folicular 46 casos. La media de edad 54.08 ± 13.12 , con predominio masculino 57.7 % (26). Los grados histológicos más comunes fueron G1 48.8 % y G2 42,2 %. Se presentaron más estadios Ann Arbor avanzados de III-IV en 82.3 % vs. estadios tempranos I-II en 17.7 %, encontrándose infiltración medular en casi la mitad de los casos con 48.8 %. También fue frecuente la presentación extra nodal en 60 %, con mayor proporción de casos con alta carga tumoral, >4 sitios nodales en 62.2 %. Se presentó enfermedad

Autor para correspondencia: Juan Carlos Serrano Casas, Unidad Hematológica Especializada.

Correo electrónico: jserranocasas@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

voluminosa en 45 % de la serie. El puntaje FLIPI fue de alto riesgo en 40 %, riesgo bajo 31.1% e intermedio en 28.8%. La evaluación ECOG fue favorable en 62 % de casos. Con relación al tratamiento, el esquema CHOP-Rituximab fue el más empleado en 55.5 % de los casos, seguido de CVP-Rituximab en 13.3 %, CHOP en 8.6 % y Bendamustine-Rituximab en 6.5%. Se utilizó Rituximab de mantenimiento en 53.3 % de los pacientes. Tres casos se mantuvieron en observación sin tratamiento. Luego de la inducción, se alcanzó respuesta completa en 66.6 % y respuesta parcial en 33.4 % de casos, un 10 % adicional alcanzó respuesta completa al terminar el mantenimiento. Solo el 4.34 % llegó a recibir radioterapia durante 20 años. En un 13.95 % de los casos se requirió el empleo de una segunda línea, siendo los protocolos Bendamustine-Rituximab, FCM y Gemox-Rituximab los más empleados. Solo en dos casos se empleó tratamiento en tercera línea. La mortalidad fue del 15.21 %, siendo mayor en el grupo de FLIPI alto riesgo con 7.14 %. La sobrevida global fue de 169 meses \pm 16,6 en todo el grupo; sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre grupos de riesgo FLIPI (Log Rank test, Mantel Cox $p= 0.333$). La sobrevida libre de progresión mostró media global de 150.2 \pm 17.1 meses, igualmente sin diferencias significativas entre grupos FLIPI $p= 0.333$.

Conclusiones: se encontró elevada frecuencia de estadios avanzados y alta carga tumoral en nuestro estudio, siendo el resto de aspectos clínico-patológicos similares a los datos publicados. La puntuación FLIPI mostró tendencias a menos sobrevida en grupos de alto riesgo, pero no evidenció diferencias significativas en curvas de sobrevida global y libre de progresión. Otros sistemas pronósticos más allá del FLIPI deben ser considerados durante la estratificación del linfoma folicular en el mundo real y en poblaciones reducidas.

Palabras Clave

Linfoma folicular; aspectos clínicos; sobrevida.

Figuras y tablas

Tabla 1 LINFOMAS NO HODGKIN EN LA UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA
Periodo 2000 - 2020

LINFOMAS NO HODGKIN B	No casos	%
Linfomas No Hodgkin B Agresivos		
Linfoma No Hodgkin difuso de células Grandes	218	42,08
LNH + HIV	19	3,66
Linfoma de Burkitt	9	1,73
Linfoma No Hodgkin Primario Mediastinal	7	1,35
Linfoma primario de SNC	5	0,96
Linfoma Linfoblástico	2	0,38
Sub-Total	253	48,84
Linfoma No Hodgkin B Indolentes		
Leucemia Linfática crónica/LNH Linfocítico Pequeño	88	16,98
Linfoma No Hodgkin B Folicular	46	8,88
Linfoma No Hodgkin de la zona marginal	43	8,30
Linfoma del Manto	39	7,52
Waldenström /Linfoma Linfoplasmocitario	20	3,86
Tricoleucemia	5	0,96
Sub-Total	243	46,91
Linfoma No Hodgkin de Células T		
Linfoma No Hodgkin de células T periféricas NOS	19	3,66
Micosis fungoides/S5	3	0,57
Sub-Total	22	4,24
Total	518	100%

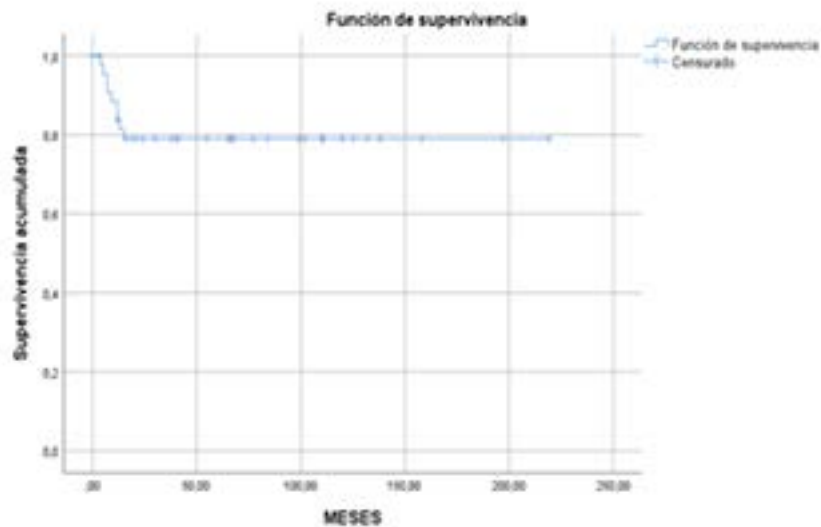
Tabla 2

Parámetros LNH Folicular	N 46 casos		
Edad	54 años		
Sexo	Masculino 57,7% (26)	Femenino 42,25% (19)	
Grado	Grado 1: 48,8%	Grado 2: 42,2%	G3: 15,5%
Estadio	Estadio I-II 17,7%	Estadio III-IV : 82,2%	
Infiltración Medular	Si 48,8%	No 51,2%	
Número de sitios nodales	< 4: 37,8%	> 4: 62,2%	
Enfermedad Voluminosa	Si 44,4%	No: 55,6%	
ECOG	< 2 Pts : 64,4%	> 2 Pts 35,6%	
FLIPI	Bajo Riesgo 31,1%	Int Riesgo 28,8%	Alto Riesgo 40%

Tabla 3 Protocolos Terapéuticos más empleados en Linfoma Folicular UHE- 2000-2020

	1ERA LINEA	2DA LINEA	3ERA LINEA
R-CHOP	55,5%		
R-CVP	13,3%	2,3%	
CHOP	8,6%		
R-B	6,5%	6,9%	
FCR	4,6%		
FND	4,6%		
FCM -R		2,3%	
GEMOX R		2,3%	2,3%
DHAP			2,3%
Radioterapia	4,6%		
TMO	0	0	0
Total	97%	18,9	4,6%

Gráfico1 SOBREVIDA GLOBAL LINFOMA FOLICULAR (PERIODO 2006 – 2020, UHE)



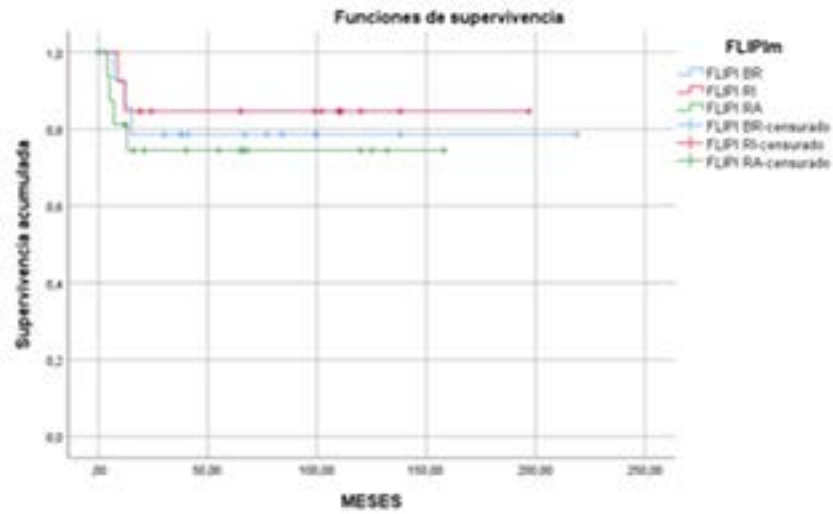
Medias y medianas para el tiempo de supervivencia

Media		IC 95%	
media	ES	Límite Inf	Límite Sup
174,844	13,086	149,194	200,493

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

Gráfico 2

SOBREVIDA LINFOMA FOLICULAR, COMPARACION DE ACUERDO PUNTAJE FLIPI (2000 a 2020 UHE)



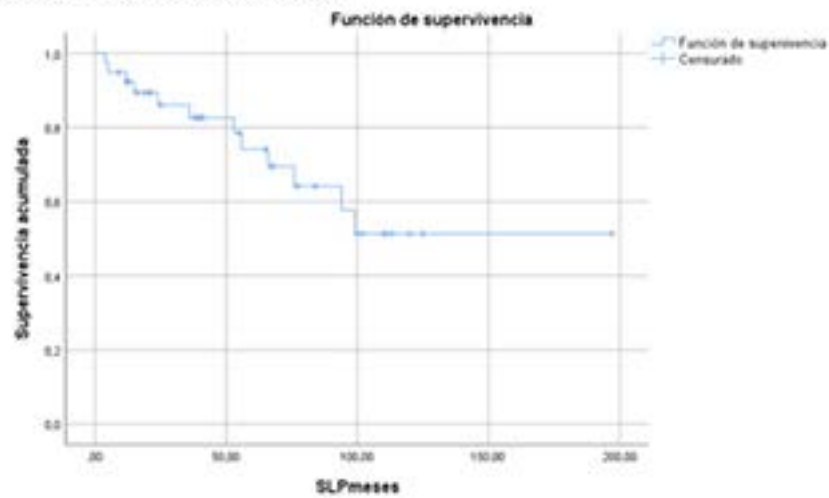
Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	G1	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	.524	2	.769

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos grupos de FLIPI

Gráfico 3

SOBREVIDA LIBRE DE PROGRESION GLOBAL



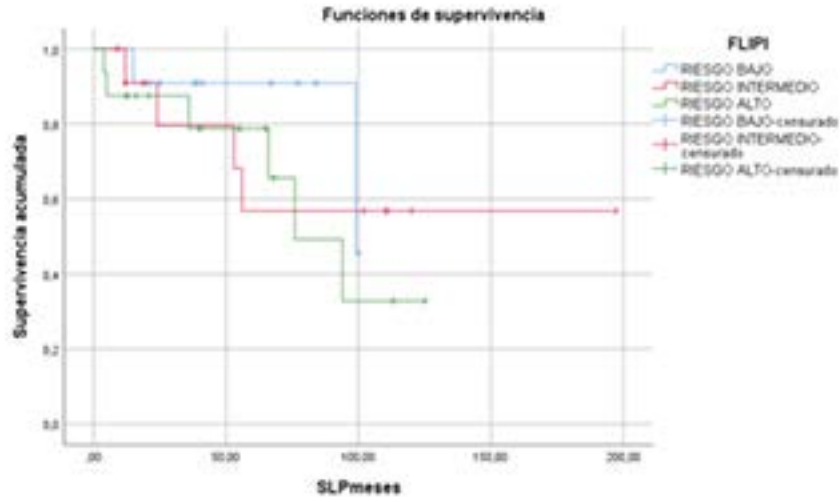
Medias para el tiempo de supervivencia libre de progresión

IC 95%			
media ^a	de	Límite Inf.	Límite Sup.
128,219	15,128	98,569	157,870

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

Gráfico 4

SOBREVIDA LIBRE DE PROGRESIÓN DE ACUERDO A PUNTUACIÓN FLUPI



	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	1,263	2	,532

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de FLUPI.