



Linfoma de Hodgkin refractario sin posibilidad de trasplante. A propósito de un caso

» Carlos Daniel Bermúdez Silva¹
» Liz Andrea Corredor Gutiérrez¹

¹ Centro de Investigaciones Oncológicas, Clínica San Diego

Introducción: la incidencia cruda del linfoma de Hodgkin (LH) en la Unión Europea se estima en 2.3 con una mortalidad de 0.4 casos/100.000 habitantes/año. Para Colombia según Globocan, el linfoma de Hodgkin ocupa el puesto 25 entre los principales diagnósticos de cáncer en 2018, con una incidencia de 1.5 y una mortalidad 0.44 casos por 100.000 habitantes.

En los últimos años se ha mejorado de manera significativa la supervivencia a largo plazo de los pacientes, sobre todo de los pacientes jóvenes. El tratamiento del linfoma de Hodgkin se basa en la utilización de quimioterapia (QT) en ocasiones asociada a radioterapia (RT) sobre campo comprometido, quimioterapia a altas dosis seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos y en la actualidad, se dispone también de los llamados “nuevos fármacos” para el tratamiento de esta enfermedad. Para tal efecto existen en el momento múltiples guías de manejo con el fin de estandarizar el tratamiento, las cuales ofrecen recomendaciones similares.

Este reporte de caso pretende ofrecer una visión general de los pacientes atendidos en nuestra Institución, en el cual sus características generales, respuesta inicial a la terapia de primera línea, el manejo de segunda línea y las decisiones finales sobre la continuidad del tratamiento están basadas en las guías internacionales y nacionales, teniendo en cuenta la opinión del paciente, quien finalmente determina el proceder.

Presentación del caso: paciente masculino de 68 años, soltero, pensionado, previamente comerciante. Consulta por presencia de adenopatías de crecimiento progresivo en cuello bilateral, asociado a síntomas B, dado por pérdida de peso de más del 10 % del peso usual y diaforesis nocturna. Se realiza valoración médica inicial en la que se logra toma de biopsia excisional de adenopatía cuello, con reporte de patología inicial sugestivo de linfoma de Hodgkin. La revisión de patología muestra ganglio linfático con su arquitectura extensamente reemplazada por una neoplasia de apariencia hematolinfoide, constituida por células grandes, hipercromáticas, algunas de nucléolo prominente, otras de amplio citoplasma inmersas en un fondo rico en linfocitos e histiocitos. Las

Autor para correspondencia: Carlos Daniel Bermúdez Silva, Centro de Investigaciones Oncológicas, Clínica San Diego.

Correo electrónico: carlosdbs77@hotmail.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/>)

células grandes muestran reactividad difusa para CD30, CD15 Y PAX5 tenue nuclear. Se confirma el diagnóstico de linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular, estadio IVB por Ann Arbor dado el compromiso de médula ósea, evidente mediante tomografía por emisión de positrones (PET scan) de estadificación (Figura 1) y confirmación con biopsia respectiva. Se considera estadio avanzado, de mal pronóstico. El paciente en aceptable estado general, inicia prefase con esteroide a altas dosis con el fin de lograr citorreducción, seguido de quimioterapia intensiva con esquema AVBD. Inicia en 25/07/2018 y finaliza el 6° ciclo el 2/01/2019, logra remisión completa evidenciada mediante tomografías de valoración intermedia y respuesta parcial a la valoración de final de tratamiento mediante PET scan, con persistencia de lesiones hipermetabólicas (Deauville 4-5) (Figura 2). Se planea uso de quimioterapia intensiva de rescate, seguido de trasplante autólogo de médula ósea (TAPH). El paciente en este punto no desea uso de quimioterapia intensiva, además el grupo de trasplante considera paciente no apto para consolidación con trasplante autólogo de médula ósea, dado su estado de fragilidad física y mental. Se indica rescate con brentuximab vedotin como mejor alternativa, logra adecuada tolerancia y respuesta clínica, completa 16 ciclos entre el 14/03/2019 y el 06/04/2020. En la revaloración final de rescate mediante PET scan muestra nuevamente enfermedad con respuesta parcial (Figura 3), donde se evidencia compromiso en varios niveles con dos focos representativos en región supraclavicular izquierda y sacro (Deauville 5). Se ofrece manejo con nueva quimioterapia de rescate, sin embargo, el paciente no desea continuar más tratamiento intensivo; se plantea entonces uso de radioterapia de campos comprometidos con el fin de disminuir la carga tumoral y prolongar el tiempo de sobrevida. Logra finalizar tratamiento con excelente tolerancia, ahora en seguimiento clínico, completamente asintomático.

Discusión: este caso representa nuestro día a día, encontramos a un paciente de 68 años, que consulta por presencia de adenopatía de crecimiento gradual en cuello, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico, se hace estadificación completa logrando un PET scan inicial, lo cual es muy difícil en Colombia dado los costos y trabas por su asegurador de salud. Paciente en aceptable estado general, consideramos un linfoma de Hodgkin avanzado de mal pronóstico. Se indica manejo con esquema de quimioterapia con esquema usual AVBD a la revaloración intermedia con tomografía axial computada se encontraba en remisión completa, nuevamente tenemos la limitación de uso de PET scan interino. Termina 6 ciclos, se hace toma de PET de final de tratamiento con la sorpresa de enfermedad en respuesta metabólica parcial. Aproximadamente un 20-40 % de los pacientes con LH no responden al tratamiento inicial (refractoriedad o resistencia) o bien recaen tras el mismo (recaída). Esta falta de respuesta es inferior al 10 % en los pacientes con estadios localizados, llegando al 20-25 % de los pacientes con estadios avanzados tratados con AVBD.

El pronóstico de estos pacientes es malo y las posibilidades de curación con QT de rescate convencional están en torno al 20 %. La introducción de esquemas de QT más eficaces y el uso de TAPH en el tratamiento de rescate han mejorado notablemente la supervivencia de estos pacientes, que actualmente puede superar el 50 %. Se plantea uso de quimioterapia de rescate seguido de trasplante de médula ósea, tal como se recomienda en las guías de manejo, el paciente declina esta opción; se decide entonces uso de manejo con brentuximab vedotin, con buena tolerancia, completando 16 ciclos. A la nueva valoración mediante PET scan se encuentra enfermedad con respuesta metabólica parcial, con dos focos representativos, se plantea nuevamente al paciente en uso de quimioterapia intensiva, no siendo posible uso de otras terapias como el nivolumab o el pembrolizumab que no tienen aprobación en Colombia para su uso, de igual forma el paciente no desea continuar tratamiento intensivo. Se opta entonces por el uso de radioterapia de campo comprometido en las lesiones significativas con el fin de profundizar la respuesta y permitir un tiempo de sobrevida libre a la recaída mayor, hay buena tolerancia y resolución de síntomas, siendo esta una opción disponible en nuestro medio.

Palabras Clave

Linfoma de Hodgkin; trasplante; refractariedad.

Figuras y tablas



Figura 1. PET de estadificación inicial



Figura 2. PET de final de tratamiento 6 ciclos de ABVD



Figura 3. PET final de rescate con brentuximab vedotin 16 ciclos.