



IF-122. - FRECUENCIA Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE PRESENTE AL DIAGNOSTICAR LINFOMA NO HODGKIN

J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Resumen

Objetivos: Conocer la frecuencia de enfermedad autoinmune al hacer el diagnóstico (EAD) en linfoma no Hodgkin (LNH) y su significado pronóstico respecto a respuesta a quimioterapia de primera línea y supervivencia en un entorno de pacientes no seleccionados.

Métodos: Estudio retrospectivo de los datos recogidos prospectivamente en la cohorte de pacientes con LNH tratados en el servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario de Cruces desde enero de 1988 hasta diciembre de 2007 y mantenidos en observación hasta su fallecimiento o hasta diciembre de 2012. Se excluyen pacientes con SIDA o linfoma de alto grado (linfoblástico y Burkitt). Se consideran afectados los pacientes con enfermedad autoinmune de órgano o tejido presente al hacer el diagnóstico de LNH. Se recoge tipo de enfermedad autoinmune, distribución por subtipos de LNH, su asociación con variables de extensión del LNH, respuesta, completa (RC) o no, a quimioterapia (QT) de primera línea y supervivencia global. Métodos estadísticos: descriptivos, χ^2 , prueba exacta de Fisher, t de Student y log rank-test (LRT).

Resultados: Se incluyen 508 pacientes, con edad mediana de 65 años (15-88) y 51% mujeres: 20% con linfoma indolente no folicular (LINF), 20% con linfoma folicular (LF), 7% con linfoma del manto (LM), 45% con linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) y 8% con linfoma T periférico (LTP). Se detecta EAD en 36 pacientes (7%): artritis reumatoide (AR) (33%), S. Sjögren (SS) (25%; dos también con AR), enfermedad inflamatoria intestinal (8%), hepatitis crónica (8%), lupus (6%) y otras (25%). Distribución de los pacientes con EAD por subtipos de LNH: 9 en LINF, 7 en LF, 12 en LBDCG y 8 en LM-LTP. Una de las pacientes con AR había sido tratada con anti-TNF. No se alcanzan diferencias significativas en la distribución de EAD por tipo de linfoma, edad de los afectados o no por EAD, grado de extensión del LNH o afectación inicial de médula ósea; fue más frecuente el género femenino en EAD (p: 0,018). No hubo diferencias significativas en la RC con QT de primera línea (72% con y 68% sin EAD) ni en supervivencia por LRT.

Discusión: Es conocido el mayor riesgo de linfoma en afectados por enfermedades autoinmunes como S. Sjögren (hasta 10 veces), artritis reumatoide (hasta tres veces mayor riesgo), tiroiditis crónica..., aunque las cifras pueden variar según la población analizada. Por el contrario hay pocos datos respecto a posible resistencia de estos linfomas a la quimioterapia habitual o supervivencia de los afectados por ambas patologías, aunque en un registro nórdico, con gran número de pacientes, la supervivencia parece menor, pero no específicamente por deficiente respuesta del linfoma a QT,

siendo una explicación alternativa la acumulación de patologías y secuelas del tratamiento.

Conclusiones: Detectamos EAD en 7% de nuestros pacientes con LNH, con predominio de mujeres y de afectados por AR o SS. No hay distribución preferente por algún subtipo de linfoma ni se asocia a mayor extensión inicial del LNH o a más frecuente afectación de médula ósea. En nuestra cohorte de LNH la EAD no implica especiales caracteres pronósticos negativos y la respuesta a QT de primera línea o supervivencia no es inferior a la de los pacientes sin coexistencia de EAD.