



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

52 - PRESENTACIÓN CLÍNICA, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LOS LINFOMAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO NACIONAL BASADO EN EL REGISTRO ENEIDA

Iván Guerra¹, Luis Bujanda^{2,3}, Miriam Mañosa^{3,4}, Isabel Pérez Martínez⁵, María José Casanova^{3,6}, Luisa de la Peña⁷, Marina de Benito⁸, Montserrat Rivero⁹, Pilar Varela¹⁰, Lorena Bernal^{3,11}, Ana Carolina Franco¹², Yolanda Ber¹³, Marta Piqueras¹⁴, Carlos Tardillo¹⁵, Ángel Ponferrada¹⁶, Sonsoles Olivares¹⁷, Alfredo J. Lucendo¹⁸, Pau Gilabert¹⁹, Mónica Sierra Ausín²⁰, María Bellart¹, Amaia Herrarte^{2,3}, Margalida Calafat^{3,4}, Ruth de Francisco⁵, Javier P. Gisbert^{3,6}, Jordi Guardiola⁷, Eugeni Domènech^{3,4} y Fernando Bermejo²¹, en representación del registro ENEIDA de GETECCU

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²Hospital Donostia/Iнституто Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Donostia-San Sebastián. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁵Hospital Universitario Central de Asturias e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁶Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ⁷Hospital Universitari de Bellvitge, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat. ⁸Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla e IDIVAL, Santander. ¹⁰Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón. ¹¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ¹²Servicio de Onco-Hematología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ¹³Hospital General San Jorge, Huesca. ¹⁴Consorci Sanitari de Terrassa. ¹⁵Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ¹⁶Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ¹⁷Hospital 12 de Octubre, Madrid. ¹⁸Hospital General de Tomelloso. ¹⁹Hospital de Viladecans. ²⁰Complejo Asistencial Universitario de León. ²¹Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: Se ha descrito un aumento del riesgo de linfomas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los objetivos de nuestro estudio fueron determinar la presentación clínica, la exposición previa a fármacos inmunosupresores y biológicos, y evaluar el manejo y la evolución de los linfomas diagnosticados en pacientes con EII.

Métodos: Se identificaron en el registro ENEIDA, mantenido de forma prospectiva por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), a aquellos pacientes con EII y diagnóstico de linfoma entre octubre de 2006 y junio de 2021. Los investigadores de cada centro proporcionaron datos adicionales sobre los linfomas.

Resultados: Se identificaron 52 pacientes con linfoma en 18 centros que seguían a 21,740 pacientes con EII (2,4 casos de linfoma/1.000 pacientes con EII; IC95% 1,8-3,1). 35 fueron hombres (67%) y 27 (52%) tenían Colitis Ulcerosa. El linfoma no-Hodgkin fue el más frecuente (65%). La edad al diagnóstico de linfoma fue de 59 años (RIC 48-67). Antes del diagnóstico de linfoma 31 pacientes (60%) habían sido tratados con tiopurinas y 20 (38%) con anti-TNF (uno de ellos sin tratamiento previo con tiopurinas). La edad al diagnóstico del linfoma fue menor en los pacientes que habían recibido tiopurinas (53 ± 17 años) o fármacos anti-TNF (47 ± 17 años) que en los pacientes que no habían recibido estos tratamientos antes del linfoma (63 ± 12 años; $p = 0,05$ en ambos casos). La presentación más frecuente del linfoma fueron las adenopatías o masa (38%). La mayoría de los pacientes fueron tratados con quimioterapia (77%). Los pacientes fueron seguidos durante 57 meses tras el diagnóstico de linfoma (RIC 39-102 meses). Tras el diagnóstico de linfoma el

tratamiento de la EII se modificó en 30 pacientes (58%), recibiendo 3 pacientes (5,8%) tiopurinas y 8 (15%) un fármaco biológico durante el seguimiento. Los pacientes que precisaron un inmunosupresor o biológico tras el diagnóstico de linfoma presentaron un brote de su EII con mayor frecuencia que los pacientes que no requirieron estos tratamientos (75 vs. 20%; p = 0,01). En 5 casos hubo recidiva del linfoma (incidencia de 1,7 casos/100 pacientes-año; IC95% 0,7-4,0), apareciendo tras 38 meses (RIC 23-84 meses) del diagnóstico inicial de linfoma. 9 pacientes (17%) fallecieron tras una mediana de 19 meses (RIC 0-48 meses). La recidiva del linfoma y la mortalidad no se relacionaron con el tipo de EII o la clase de linfoma, el género, el hábito tabáquico ni con el uso y duración del tratamiento con tiopurinas o fármacos biológicos.

Conclusiones: Habitualmente es preciso modificar el tratamiento de la EII tras el diagnóstico de linfoma. Los pacientes tratados con tiopurinas y/o anti-TNF presentaron el linfoma a una edad más temprana que los que no los habían recibido antes del linfoma. La recidiva y la mortalidad de los linfomas no se relacionó con el uso y duración de estos fármacos.