

## COMPARACIÓN DE DOS REGIMENES DE QUIMIOTERAPIA PARA TRATAMIENTO DE LEUCEMIA AGUDA MIELOBLÁSTICA RECAÍDA / REFRACTARIA. EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

C. García Dabrio, M. Arnan, J.J. Berlanga, C. Boqué y D. Gallardo

*Servicio de Hematología Clínica. Institut Català d'Oncologia. Hospital Durán i Reynals. IDIBELL. L'Hospitalet. Barcelona.*

**Fundamentos y objetivos:** La leucemia aguda mieloblástica recaída / refractaria (LAR) se asocia a una elevada mortalidad a pesar de la quimioterapia (QT) de rescate. A pesar de la existencia de diversos regímenes de QT para el tratamiento de esta entidad, ninguno de ellos ha demostrado superioridad en cuanto a la tasa de supervivencia global, por lo que cada centro o registro aplica una estrategia diferente. Básicamente hay dos tipos de regímenes de QT: los basados en altas dosis de citarabina y aquéllos que administran combinaciones que incluyan citostáticos no usados previamente. Nuestro estudio intenta comparar estas dos estrategias.

**Pacientes y métodos:** Se analizan 56 pacientes con LAR tratados en un único centro entre los años 1992 y 2005. Entre los años 1992 y 2000 se trató a la LAR con el esquema MECA (mitoxantrone 8 mg/m<sup>2</sup>/d en IC de 24 h x 5 días; Etopósido 100 mg/m<sup>2</sup>/d x 3 días; Citarabina 500 mg/m<sup>2</sup>/12 h x 2 días y Carboplatino: 200 mg/m<sup>2</sup>/d x 2 días), mientras que a partir del 2001 se trataron con altas dosis de citarabina (HDAC: 3000 mg/m<sup>2</sup>/12h x 3 días), asociado a mitoxantrone 12 mg/m<sup>2</sup>/d x 2 días. La indicación fue quimiorresistencia primaria en 39 casos y recidiva en 17. La mediana de edad fue de 50 años (21 – 70). La supervivencia global se analizó a los 3 años mediante el método de Kaplan-Meier. Las diferencias en tasa de remisiones y complicaciones se determinó mediante chi cuadrado y las diferencias en días de neutropenia mediante t de Student.

**Resultados:** La supervivencia actuarial a los 3 años fue de 25,8% cuando consideramos a todos los pacientes. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos (MECA: 22,7%; HDAC: 32,5%; p: 0,607). La tasa de remisiones completas fue de 44% vs 34,5% respectivamente (N.S.). También fueron comparables en cuanto a días de neutropenia (medianas 30 vs 28 días). En cuanto a las complicaciones, se observó un mayor número de bacteriemias en el grupo tratado con MECA (57,7% vs 15,4%; p: 0,002).

Al analizar el impacto de la carga tumoral al inicio de la QT, encontramos que aquellos pacientes con menos o igual de un 10% de blastos en médula tenían una mejor supervivencia en la serie global (51,3% vs 14,8%; p: 0,042). Esto se reproducía para los pacientes que recibieron HDAC (63,5% vs 13,3%; p: 0,028), pero no para aquéllos tratados con MECA (33,3% vs 18,8%; p: 0,633).

**Conclusiones:** A pesar de que la supervivencia fue comparable entre los dos regímenes, observamos mejores resultados para aquellos pacientes con baja carga tumoral que fueron tratados con HDAC. Esto sugiere que el tratamiento de la LAR debe ser precoz y con una combinación de QT que incluya altas dosis de citarabina.