

## RESULTADOS FINALES DEL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA (LAL) DE RIESGO ESTANDAR (RE) CON EL PROTOCOLO PEDIÁTRICO PETHEMA LAL-96

J.M. Ribera<sup>a,b</sup>, A. Oriol<sup>a,b</sup>, M.A. Sanz<sup>b</sup>, M. Tormo<sup>b</sup>, P. Fernandez-Abellán<sup>b</sup>, E. del Potro<sup>b</sup>, E. Abella<sup>b</sup>, J. Bueno<sup>b</sup>, R. Parody<sup>b</sup>, P. Bastida<sup>b</sup>, C. Grande<sup>b</sup>, I. Heras<sup>b</sup>, C. Bethencourt<sup>b</sup>, J.M. Hernández-Rivas<sup>b</sup>, J. Fernández-Calvo<sup>b</sup>, A. Barez<sup>b</sup>, A. Carboné<sup>b</sup>, J.M. Martí<sup>b</sup>, E. Feliu<sup>a,b</sup>, J.J. Ortega<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Hematología Clínica. ICO-Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, <sup>b</sup>Grupo PETHEMA

**Fundamento.** Diversos estudios retrospectivos han demostrado que los adolescentes con LAL RE responden mejor con protocolos pediátricos que con los derivados de LAL del adulto. Sin embargo, pocos estudios han comparado la aplicabilidad, respuesta al tratamiento y pronóstico en pacientes adultos jóvenes con LAL RE.

**Objetivos.** 1. Análisis final de los resultados del protocolo PETHEMA LAL-96 en adolescentes (15-18 a.) y adultos jóvenes (19-30 a.) con LAL RE. 2. Comparación de la aplicabilidad, toxicidad y respuesta al tratamiento en ambos subgrupos de edad.

**Pacientes y tratamiento.** Criterios de LAL RE: edad 15-30 a, leucocitos  $<25 \times 10^9/L$  y ausencia de t(9;22)(o BCR/ABL), t(1;19), t(4;11) u otros reordenamientos 11q23. Inducción: VCR, DNR, PDN, ASP y CFM en 5 semanas. Consolidación-1 (C1): MP, MTX-AD, VM26 y ARA-C. Consolidación-2/reinducción (C2): VCR, DNR, DXM, ASP y CFM. Mantenimiento-1 (M1): MP+MTX con reinducciones mensuales (VCR, PDN, ASP) hasta el fin del primer año. Mantenimiento-2 (M2): MP+MTX hasta 2 a. en RC. Profilaxis SNC: triple terapia i.t. (MTX+ARA-C+DXM), 14 dosis durante el 1er. año.

**Resultados.** 81 pacientes evaluables (35 adolescentes y 46 adultos jóvenes), edad media (DE) 20 (4) a., 50 varones, leucocitos  $7,6 (8,0) \times 10^9/L$ . Fenotipo: pro-B 5, común+pre-B: 59, T: 17. Citogenética (60 casos evaluables, tras revisión): normal 36, hiperdiploide 13, hipodiploide 1, otras 10. Los adolescentes y adultos jóvenes fueron comparables para las principales características clinicobiológicas de la LAL. Respuesta: muerte en inducción (1), Fracaso (1), RC 79 (98%), respuesta lenta ( $>10\%$  blastos MO d14) 10 (12%). No hubo diferencias significativas en la tasa de RC y en la frecuencia de respuesta lenta entre adolescentes y adultos jóvenes. Mediana de seguimiento: 4,2 (2-10) a. Probabilidades de SLE y SG a 5a. (IC95%) 74% (63-85%) y 66% (54-78%), sin diferencias entre adolescentes y adultos jóvenes. La respuesta lenta al tratamiento fue el único factor predictivo para la SLE y la SG, con OR (IC95%) de 4,01 (1,74-9,28) y 3,26 (1,22-8,70), respectivamente. La toxicidad global fue aceptable. Los adultos jóvenes tuvieron una duración de la neutropenia y trombocitopenia en C1 significativamente mayores, y requirieron con más frecuencia modificaciones de dosis en C2 y en las reinducciones (debido sobre todo a toxicidad hepática) que los adolescentes.

**Conclusiones.** Los resultados protocolo PETHEMA LAL-96 para adolescentes y adultos jóvenes con LAL RE son buenos. Aunque la tolerancia en adultos jóvenes fue algo inferior no se observaron diferencias en la respuesta al tratamiento y la supervivencia entre ambos grupos de edad. Ello justifica el empleo de protocolos pediátricos en pacientes adultos con LAL RE.

*Financiado en parte con la beca P-EF -06 de la Fundación Jose Carreras para la Lucha contra la Leucemia*