

LA RESPUESTA MOLECULAR MAYOR, OBTENIDA CON DIFERENTES ITKS EN DIFERENTES TIEMPOS, PROTEGE PARA LA TRANSFORMACIÓN EN PACIENTES CON LMC

L.F. Casado, I. Massagué, P. Giraldo, M. Pérez-Encinas, R. de Paz, J. Martínez-López, G. Bautista, S. Osorio, M.J. Requena, L. Palomera, M.J. Peñarrubia, C. Calle, C. Burgaleta, J.A. Hernández-Rivas, B. Maestro, M.H. Dumas, J.L. Steegmann

Registro Español de Investigación y Tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica (RELMC)

Introducción: Mucha información se ha obtenido de los estudios de los diferentes ITKs en el tratamiento de la LMC. Sin embargo, se desconoce la evolución final de los pac. una vez abandonan los estudios y menos, de su pronóstico final comparado con los que permanecen. El registro español (RELMC) tiene como objetivo describir los diferentes tratamientos recibidos de forma ininterrumpida.

Objetivo: Analizar las variables que influyen en la supervivencia libre de transformación (SLT) en pac. con LMC en FC tratados con ITKs.

Pacientes: 491 pac. divididos en 2 grupos: 275 fueron de nuevo diagnóstico y 216 recibieron IM como 2ª línea.

Resultados: Resumidos en la **Tabla 1**. Pac. Tardíos 216 pac. (H 126/M 90) edad de 51a, Sokal (IS) B/I/A (47%/43%/10%) y (IH) B/I/A (56%/40%/4%). Seguimiento desde diagnóstico e IM de 9,2 y 6,4. Todos los pacientes fueron tratados con IM como 1ª esquema y posteriormente con otros ITKs. RMM fue menor en los pac. que precisan cambiar a ITKs de 2º G; $p=0,002$. Los IS e IH no tuvieron influencia en la RMM. 40 pac alcanzaron RMM antes de 18 meses (mediana 11,8 m), 116 después de 18 (mediana 52) y 40 no alcanzaron RMM, con un seguimiento de 57m. SLT 49 pac. (22%) progresaron a FA o CB (39) o murieron de causa no relacionada con la LMC (10). Los IS e IH influyeron en la SLT ($p=0,001$), pero no el esquema de tratamiento ($p=0,2$). Los pac. con RMM antes de los 18 m tuvieron menor tasa de transformación o muerte 2/40 (5%) que los pac. después de los 18m 13/116(11%) y que los pac. sin RMM 20/40 (50%); $p<0,0001$. Esta variable tiene influencia en la SLT. Pac. Nuevos 275 pac. (H 164/M 111) edad de 52a e IS B/I/A (36%/50%/14%) e IH B/I/A (46%/49%/5%). RMM fue menor en los pac. que precisan cambiar a ITKs de 2º G; $p=0,002$. Los IS e IH no tuvieron influencia en la RMM. 103 pac. alcanzaron RMM antes de 18 m (mediana 13), 111 después de 18 (mediana 40) y 56 no alcanzaron RMM, con un seguimiento de 12,7 m. SLT 17 pac. (6%) progresaron a FA o CB (7) o murieron de causa no relacionada con la LMC(10). Los IS e IH influyeron en la SLT $p=0,001$, pero no el esquema de tratamiento $p=0,2$. Los pac. con RMM antes de los 18m tuvieron menor tasa de transformación o muerte 1/110 (1%) que los pacientes después de los 18m 3/111(3%) y que los pacientes sin RMM 10/56 (18%) $p<0,0001$.

Conclusiones: Encontramos unas altas tasas de RMM en los pacientes tratados con imatinib (80%). Los tratamientos de rescate con ITKs de 2ª G permiten obtener RMM en un 55% de los pac. Los pac. con RMM se encuentran altamente protegidos de la transformación a FA y CB independientemente de si la obtienen o no a los 18m, lo que puede reflejar la eficacia del tratamiento de rescate.