

PROYECTO DE PROSPECTO
REVLIMID®
LENALIDOMIDA
Cápsulas 5 mg, 10 mg, 15 mg y 25 mg

Industria Suiza o Reino Unido

Venta Bajo receta archivada

Las cápsulas de REVLIMID® de 5 mg, 10 mg, 15 mg y 25 mg se suministrarán bajo las condiciones del “Programa de Minimización de Riesgos”.

FÓRMULA CUALICUANTITATIVA:

Las cápsulas de 5 mg contienen:

Lenalidomida.....5 mg

Excipientes: lactosa anhidra 147 mg, celulosa microcristalina 40 mg, croscarmelosa sódica 6 mg, estearato de magnesio 2 mg, gelatina 57.5 mg, dióxido de titanio (E 171) 3.5 mg

Las cápsulas de 10 mg contienen:

Lenalidomida.....10 mg

Excipientes: lactosa anhidra 294 mg, celulosa microcristalina 80 mg, croscarmelosa sódica 12 mg, estearato de magnesio 4 mg, gelatina 91.9 mg, dióxido de titanio (E 171) 3.70 mg, índigo carmín (E 132) 0.018 mg, Óxido de hierro amarillo (E 172) 0.33 mg

Las cápsulas de 15 mg contienen:

Lenalidomida.....15 mg

Excipientes: lactosa anhidra 289 mg, celulosa microcristalina 80 mg, croscarmelosa sódica 12 mg, estearato de magnesio 4 mg, gelatina 91.3 mg, dióxido de titanio (E 171) 4.7 mg, índigo carmín (E 132) 0.016 mg

Las cápsulas de 25 mg contienen:

Lenalidomida.....25 mg

Excipientes: lactosa anhidra 200 mg, celulosa microcristalina 159 mg, croscarmelosa sódica 12 mg, estearato de magnesio 4 mg, gelatina 93.2 mg, dióxido de titanio (E 171) 2.8 mg

ACCIÓN TERAPÉUTICA

Agente inmunomodulador con propiedades antiangiogénicas y antineoplásicas, análogo de la talidomida

Código ATC: L04 AX04

INDICACIONES

Mieloma múltiple

REVLIMID en combinación con dexametasona está indicado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple (MM).

REVLIMID está indicado como terapia de mantenimiento en pacientes con MM luego del trasplante autólogo
REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

de células madre hematopoyéticas (auto-HSCT).

REVLIMID en combinación con bortezomib y dexametasona está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple no tratado previamente.

Síndromes mielodisplásicos

REVLIMID está indicado para el tratamiento de pacientes con anemia dependiente de transfusión debido a síndromes mielodisplásicos (SMD) de riesgo bajo o intermedio-1 vinculados con una anomalía citogenética por delección del 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales.

Linfoma de células del manto

REVLIMID está indicado para el tratamiento de pacientes con linfoma de células del manto (LCM) cuya enfermedad ha recidivado o progresado luego de dos terapias previas, una de las cuales incluyó bortezomib.

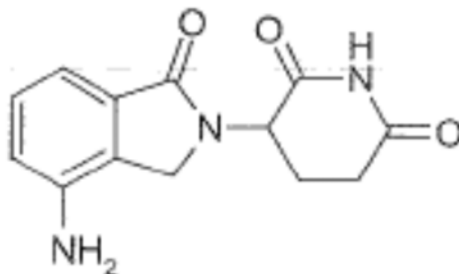
Limitaciones de uso

- REVLIMID no está indicado y no está recomendado para el tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC) por fuera de los estudios clínicos controlados.

DESCRIPCIÓN

REVLIMID, un análogo de talidomida, es un agente inmunomodulador con propiedades antiangiogénicas y antineoplásicas. El nombre químico es 3-(4-amino-1-oxo 1,3-dihidro-2*H*-isoindol-2-yl) piperidina-2,6-diona y tiene la siguiente estructura química:

Estructura Química de Lenalidomida



La fórmula empírica para lenalidomida es C₁₃H₁₃N₃O₃, y el peso molecular en gramos es 259,3.

Lenalidomida es un polvo sólido de color blancuzco a amarillo pálido. Es soluble en mezclas de solvente orgánico/agua, y solventes acuosos buffer. Lenalidomida es más soluble en solventes orgánicos y soluciones de pH bajo. La solubilidad fue significativamente menor en buffers menos ácidos, variando entre 0,4 y 0,5 mg/mL. Lenalidomida tiene un átomo de carbono asimétrico y puede existir como las formas óptimamente activas S (-) y R (+), y se produce como una mezcla racémica con una rotación óptica neta de cero.

REVLIMID® está disponible en cápsulas de 5 mg, 10 mg, 15 mg y 25 mg para administración oral. Cada cápsula contiene lenalidomida como ingrediente activo y los siguientes ingredientes inactivos: lactosa anhidra, celulosa microcristalina, croscarmelosa sódica, y estearato de magnesio. La carcasa de las cápsulas de 5 mg y REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

25 mg contiene gelatina, dióxido de titanio y tinta negra. La carcasa de la cápsula de 10 mg contiene gelatina, dióxido de titanio, índigo carmín, óxido de hierro amarillo, y tinta negra. La carcasa de la cápsula de 15 mg contiene gelatina, dióxido de titanio, índigo carmín, y tinta negra.

ACCION FARMACOLÓGICA

Mecanismo de acción

La lenalidomida es un análogo de la talidomida con propiedades inmunomodulatorias, antiangiogénicas y antineoplásicas. Las actividades celulares de lenalidomida están mediadas a través de su cereblon objetivo, un componente de un complejo enzimático de ubiquitina ligasa E3 anillo cullin. In vitro, en presencia de la droga, las proteínas sustrato (incluyendo Aiolos, Ikaros y CK1 α) están dirigidas a la ubiquitinación y posterior degradación que conduce a efectos citotóxicos directos e inmunomoduladores. La lenalidomida inhibe la proliferación e induce la apoptosis de determinadas células tumorales hematopoyéticas incluyendo MM, linfoma de células de manto y síndromes mielodisplásicos *in vitro* por delección del 5q. La lenalidomida provoca una demora en el crecimiento del tumor en algunos modelos de tumores hematopoyéticos no clínicos *in vivo*, que incluyen el MM. Las propiedades inmunomoduladores de lenalidomida incluyen una cantidad incrementada y la activación de linfocitos T y de las células asesinas naturales (NK), el aumento de números de células NKT dando lugar a la citotoxicidad celular directa y reforzada dependiente de anticuerpos mediados por células (ADCC) a través de la secreción aumentada de interleukina-2 e interferón gamma, cantidades incrementadas de células NKT y la inhibición de citocinas proinflamatorias (por ejemplo, TNF- α e IL-6) por monocitos. En las células de MM, la combinación de lenalidomida y dexametasona sinergiza la inhibición de la proliferación de células y la inducción de apoptosis.

Farmacodinamia

Electrofisiología Cardíaca

Se evaluó el efecto de lenalidomida en el intervalo QTc en 60 hombres sanos en un estudio, riguroso de QT. A una dosis dos veces superior a la dosis máxima recomendada, lenalidomida no prolongó el intervalo QTc. El límite superior más grande del IC bilateral del 90 % de las diferencias entre lenalidomida y el placebo fue menor a 10 ms.

FARMACOCINÉTICA

Absorción

Lenalidomida se absorbe rápidamente después de la administración oral. Después de dosis únicas y múltiples de REVLIMID en pacientes con MM o SMD, las concentraciones plasmáticas máximas se produjeron entre 0,5 y 6 horas después de la dosis. La disposición farmacocinética de dosis únicas y múltiples de lenalidomida es lineal con los valores de AUC y C_{max} que se incrementan proporcionalmente con la dosis. La administración de dosis múltiples de REVLIMID a la dosis recomendada no tiene como resultado acumulación del fármaco. La administración de una dosis única de 25 mg de REVLIMID con una comida rica en materia grasa en sujetos sanos reduce el grado de absorción, con una disminución aproximada del 20% en el AUC y una disminución del 50% en la C_{max}. En los ensayos clínicos en los que se establecieron la eficacia y la seguridad de REVLIMID, el fármaco se administró sin considerar la ingesta de alimentos. REVLIMID puede administrarse

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

con o sin alimentos.

La absorción oral de lenalidomida en pacientes con MCL es similar a la observada en pacientes con MM o SMD.

Distribución

La unión *in vitro* de [¹⁴C]-lenalidomida a las proteínas plasmáticas es de aproximadamente un 30%.

Lenalidomida está presente en el semen a las 2 horas (1379 ng/eyaculado) y a las 24 horas (35 ng/eyaculado) de la administración de REVLIMID 25 mg diarios.

Eliminación

La semivida media de lenalidomida es de 3 horas en sujetos sanos y de 3 a 5 horas en pacientes con MM, MDS o MCL.

Metabolismo

Lenalidomida tiene un metabolismo limitado. Lenalidomida sin metabolizar es el componente predominante en circulación en humanos. Dos son los metabolitos identificados, 5-hidroxi-lenalidomida y N-acetil-lenalidomida; cada uno constituye menos del 5% de los niveles circulantes totales de droga.

Excreción

La eliminación es principalmente renal. Después de la administración única por vía oral de [¹⁴C]-lenalidomida (25 mg) a sujetos sanos, aproximadamente el 90% y el 4% de la dosis radioactiva se eliminó dentro de los diez días en la orina y las heces, respectivamente. Aproximadamente el 82% de la dosis radioactiva se excretó como lenalidomida en la orina dentro de las 24 horas. Hidroxilenalidomida y N-acetil-lenalidomida representó el 4,6% y el 1,8% de la dosis excretada, respectivamente. El aclaramiento renal de lenalidomida supera la velocidad de filtración glomerular.

Poblaciones específicas

Insuficiencia renal: Ocho sujetos con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina (CLcr) de 50 a 79 ml / min calculados con Cockcroft-Gault), 9 sujetos con insuficiencia renal moderada (CLcr de 30 a 49 ml / min), 4 sujetos con insuficiencia renal grave (CLcr <30 ml / min), y 6 pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD) que requirieron diálisis se les administró una sola dosis de 25 mg de REVLIMID. Tres sujetos sanos de edad similar con función renal normal (CLcr > 80 ml / min) también recibieron una dosis única de 25 mg de REVLIMID. Cuando la CLcr disminuyó, la vida media aumentó y el aclaramiento de la droga disminuyó linealmente. Los pacientes con insuficiencia moderada y grave tuvieron un aumento de 3 veces la vida media y una disminución de 66% a 75% en el aclaramiento de la droga en comparación con sujetos sanos. Los pacientes en hemodiálisis (n = 6) tuvieron un aumento aproximado de 4,5 veces en la vida media y una disminución del 80% en el aclaramiento de la droga en comparación con sujetos sanos. Aproximadamente el 30% de la droga en el cuerpo se eliminó durante una sesión de hemodiálisis de 4 horas.

Ajuste la dosis inicial de REVLIMID en pacientes con insuficiencia renal basándose en el valor CLcr (*ver Posología y Administración*).

Insuficiencia hepática: La insuficiencia hepática leve (definida como bilirrubina total > 1 a 1,5 veces el límite superior normal (ULN) o cualquier aspartato transaminasa mayor que la ULN) no influyó en la disposición de la lenalidomida. No hay datos farmacocinéticos disponibles para pacientes con insuficiencia hepática moderada a grave.

Otros Factores Intrínsecos: La edad (39 a 85 años), el peso corporal (33 a 135 kg), el sexo, la raza y el tipo de neoplasias hematológicas (MM, MDS o MCL) no tuvieron un efecto clínicamente relevante en el aclaramiento de lenalidomida en pacientes adultos.

Interacciones medicamentosas

La coadministración de una dosis individual o múltiple de dexametasona (40 mg) no tuvo un efecto clínico en la farmacocinética de dosis múltiple de REVLIMID (25 mg).

La coadministración de REVLIMID (25 mg) después de dosis múltiples de un inhibidor de la P-gp tal como quinidina (600 mg dos veces/día) no aumentó significativamente la C_{max} o la AUC de lenalidomida.

La coadministración del inhibidor de la P-gp y del sustrato temsirolimus (25 mg) con REVLIMID (25 mg) no alteró significativamente la farmacocinética de lenalidomida, temsirolimus o sirolimus (metabolito del temsirolimus).

Estudios *in vitro* demostraron que REVLIMID es un sustrato de la P-glicoproteína (P-gp). REVLIMID no es un sustrato de la proteína de resistencia del cáncer de mama humano (BCRP), de los transportadores de proteína de resistencia a múltiples fármacos (MRP) MRP1, MRP2 o MRP3, de transportadores de anión orgánico (OAT) OAT1 y OAT3, polipéptido 1B1 de transporte de anión orgánico (OATP1B1), transportadores de catión orgánico (OCT) OCT1 y OCT2, proteína de toxina de extrusión y múltiples fármacos (MATE) MATE1, y transportadores nuevos de catión orgánico (OCTN) OCTN1 y OCTN2. Lenalidomida no es un inhibidor de la bomba exportadora de P-GP, bomba exportadora de sales biliares (BSEP), BCRP, MRP2, OAT1, OAT3, OATP1B1, OATP1B3, u OCT2. Lenalidomida no inhibe o induce las isoenzimas CYP450. La lenalidomida tampoco inhibe la formación de la glucuronidación de bilirrubina en las microsomas de hígado humano con UGT1A1 genotipado como UGT1A1*1/*1, UGT1A1*1/*28 y UGT1A1*28/*28

ESTUDIOS CLÍNICOS

Mieloma Multiple

Ensayo clínico abierto, aleatorizado, en pacientes con MM recientemente diagnosticado:

Se realizó un ensayo aleatorizado, de centros múltiples, abierto, de 3 ramas de 1.623 pacientes para comparar la eficacia y la seguridad de REVLIMID y dosis baja de dexametasona (Rd) administrado por 2 duraciones de tiempo diferentes a melfalán, prednisona y talidomida (MPT) en pacientes con MM recientemente diagnosticado que no eran candidatos para trasplante de células madre (SCT). En la primera rama del estudio, se administró Rd de forma continua hasta progresión de la enfermedad [rama Rd Continuous]. En la segunda rama, se administró Rd por hasta dieciocho ciclos de 28 días [72 semanas, rama Rd18]). En la tercera rama, se administró melfalán, prednisona y talidomida (MPT) por un máximo de doce ciclos de 42 días (72 semanas). A los fines de este estudio, un paciente que tenía < 65 años de edad no era candidato para un SCT si el paciente se negaba a someterse a terapia de SCT o el paciente no tenía acceso al SCT debido al costo o a REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

otros motivos. Los pacientes fueron estratificados en la aleatorización por edad (≤ 75 vs. >75 años), etapa (etapas I y II de ISS vs. etapa III) y país.

Los pacientes en las ramas Rd Continuous y Rd18 recibieron REVLIMID 25 mg una vez por día los Días 1 a 21 de ciclos de 28 días. Se administró dexametasona 40 mg una vez por día los Días 1, 8, 15 y 22 de cada ciclo de 28 días. Para los pacientes > 75 años de edad, la dosis inicial de dexametasona fue de 20 mg por vía oral una vez por día los días 1, 8, 15 y 22 de ciclos repetidos de 28 días. La dosis inicial y los regímenes para Rd Continuous y Rd18 se ajustaron de acuerdo con la edad y la función renal. Todos los pacientes recibieron anticoagulación profiláctica, siendo la aspirina la utilizada con mayor frecuencia.

Las características basales demográficas y relacionadas con la enfermedad de los pacientes estaban balanceadas entre las 3 ramas. En general, los pacientes del estudio tenían enfermedad en etapa avanzada. De la población total del estudio, la mediana de la edad fue 73 en las 3 ramas, con el 35% de los pacientes totales > 75 años de edad; el 59% tenía etapa ISS I/II; el 41% tenía etapa ISS III; el 9% tenía insuficiencia renal severa (clearance de creatinina [CLCr] < 30 ml/min); 23% tenía insuficiencia renal moderada (CLCr > 30 a 50 ml/min; 44% tenía insuficiencia renal leve (CLCr > 50 a 80 ml/min). En cuanto al estado funcional según ECOG, el 29% tenía Grado 0, el 49% tenía Grado 1, el 21% Grado 2, y 0,4% \geq Grado 3.

El criterio de valoración de eficacia primaria, Supervivencia libre de progresión (PFS), se definió como el tiempo desde la aleatorización hasta la primera documentación de la progresión de la enfermedad según determinó el Comité independiente de adjudicación de respuesta (IRAC), en base a los criterios del Grupo de trabajo internacional sobre mieloma múltiple (IMWG) o muerte por cualquier causa, lo que se produjera primero durante el estudio hasta el final de la fase de seguimiento de PFS. Para el análisis de eficacia de todos los criterios de valoración, la comparación primaria fue entre las ramas Rd Continuous y MPT. Los resultados de eficacia se resumen en la tabla a continuación. La PFS fue significativamente más prolongada con Rd Continuous que con MPT: HR 0,72 (IC del 95%: 0,61-0,85 $p < 0,0001$). Un menor porcentaje de sujetos en la rama Rd Continuous en comparación con la rama MPT tuvo eventos de PFS (52% vs. 61%, respectivamente). La mejoría en la mediana del tiempo de PFS en la rama Rd Continuous en comparación con la rama MPT fue de 4,3 meses. La tasa de respuesta del mieloma fue mayor con Rd Continuous en comparación con MPT (75,1% vs. 62,3%); con una respuesta completa en 15,1% de los pacientes en la rama Rd Continuous vs. 9,3% en la rama MPT. La mediana del tiempo hasta la primera respuesta fue de 1,8 meses en la rama Rd Continuous vs. 2,8 meses en la rama MPT.

Para el análisis intermedio de supervivencia total (OS), con corte de datos el 3 de marzo de 2014, la mediana del tiempo de seguimiento para todos los pacientes sobrevivientes es de 45,5 meses, con 697 eventos de muerte, lo que representa el 78% de los eventos preespecificados necesarios para el análisis final planificado de supervivencia total (697/896 de los eventos de OS finales). La HR de la OS observada fue 0,75 para Rd Continuous vs. MPT (IC del 95% = 0,62; 0,90).

Tabla 1: Resumen de resultados clínicos – Estudio MM-020 (población con intención de tratar- ITT-)

	Rd Continuous (N = 535)	Rd18 (N = 541)	MPT (N = 547)
PFS - IRAC (meses)^g			
Cantidad de eventos PFS	278 (52,0)	348 (64,3)	334 (61,1)
Mediana ^a del tiempo PFS, meses (IC 95%) ^b	25,5 (20,7, 29,4)	20,7 (19,4, 22,0)	21,2 (19,3, 23,2)
HR [IC 95%] ^c ; valor de p ^d			
Rd Continuous vs. MPT	0,72 (0,61, 0,85); <0,0001		
Rd Continuous vs. Rd18	0,70 (0,60, 0,82)		
Rd18 vs. MPT	1,03 (0,89, 1,20)		
Sobrevida total (meses)^h			
Cantidad de eventos de muerte	208 (38,9)	228 (42,1)	261 (47,7)
Mediana ^a del tiempo OS, meses (95% CI) ^b	58,9 (56,0, NE) ^f	56,7 (50,1, NE)	48,5 (44,2, 52,0)
HR [IC 95%] ^c			
Rd Continuous vs. MPT	0,75 (0,62, 0,90)		
Rd Continuous vs. Rd18	0,91 (0,75, 1,09)		
Rd18 vs. MPT	0,83 (0,69, 0,99)		
Tasa de respuesta^e - IRAC, n (%)^g			
CR	81 (15,1)	77 (14,2)	51 (9,3)
VGPR	152 (28,4)	154 (28,5)	103 (18,8)
PR	169 (31,6)	166 (30,7)	187 (34,2)
Respuesta total: CR, VGPR, o PR	402 (75,1)	397 (73,4)	341 (62,3)

CR = respuesta completa; d = dosis baja de dexametasona; HR = hazard ratio; IRAC = Comité independiente de adjudicación de respuesta; M = melfalán; NE = no estimable; OS = sobrevida total; P = prednisona; PFS = sobrevida libre de progresión; PR = respuesta parcial; R = lenalidomida; Rd Continuous = Rd administrada hasta documentación de enfermedad progresiva; Rd18 = Rd administrada por ≤ 18 ciclos; T = talidomida; VGPR = respuesta parcial muy buena; vs = versus.

^a La mediana se basa en el estimado de Kaplan-Meier.

^b El intercalo de confianza del 95% (IC) acerca de la mediana.

^c En base al modelo de riesgos proporcionales de Cox que compara las funciones de riesgo relacionadas con las ramas de tratamiento indicadas.

^d El valor de p se basa en la prueba de log-rank no estratificada de las diferencias de la curva de Kaplan-Meier entre las ramas de tratamiento indicadas.

^e Mejor evaluación de respuesta durante la fase de tratamiento del estudio

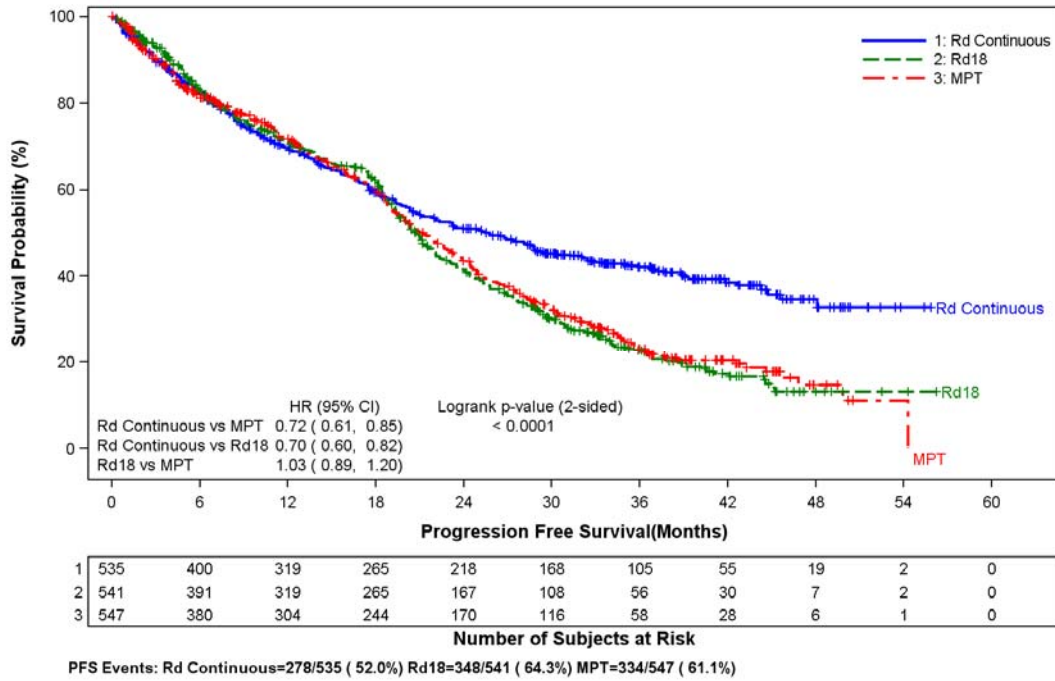
^f Incluye pacientes sin datos de evaluación de respuesta o cuya única evaluación fue “respuesta no evaluable”.

^g Fecha de corte de datos = 24 de mayo de 2013.

^h Fecha de corte de datos = 3 de marzo de 2014.

Curvas de Kaplan-Meier de sobrevida libre de progresión según evaluación del IRAC (población ITT) entre ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT

Fecha de corte: 24 de mayo de 2013

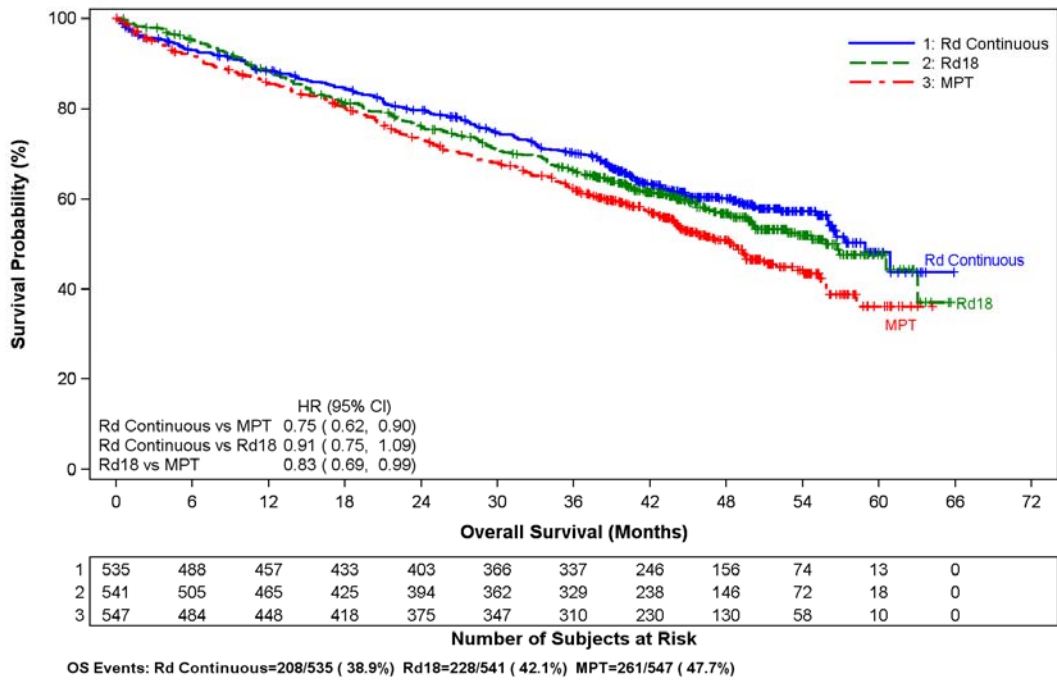


IC = intervalo de confianza; d = dosis baja de dexametasona; HR = hazard ratio; IRAC = Comité independiente de adjudicación de respuesta; M = melfalán; P = prednisona; R = lenalidomida; Rd Continuous = Rd administrada hasta documentación de enfermedad progresiva; Rd18 = Rd administrada por ≤ 18 ciclos; T = talidomida

Curvas de Kaplan-Meier de sobrevida total (población ITT) entre ramas

Rd Continuous, Rd18 y MPT

Fecha de corte: 3 de marzo de 2014



IC = intervalo de confianza; d = dosis baja de dexametasona; HR = hazard ratio; M = melfalán; P = prednisona; R = lenalidomida; Rd Continuous = Rd administrada hasta documentación de enfermedad progresiva; Rd18 = Rd administrada por ≤ 18 ciclos; T = talidomida

La experiencia clínica con lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona en pacientes no tratados previamente con mieloma múltiple elegibles para trasplante

La eficacia (según los criterios de respuesta del Grupo de Trabajo Internacional sobre mieloma (IMWG)) y la seguridad de la lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona (RVd) se evaluaron en dos estudios multicéntricos de fase 3: PETHEMA GEM2012 e IFM 2009.

PETHEMA GEM2012

El estudio PETHEMA GEM2012 fue un estudio multicéntrico de fase 3, aleatorizado, controlado, abierto que comparó 2 regímenes de acondicionamiento antes del trasplante (busulfán-melfalán y MEL200) en sujetos que habían recibido RVd como terapia inicial. RVd se administró en seis ciclos de 4 semanas (24 semanas). Los pacientes recibieron lenalidomida 25 mg / día por vía oral en los días 1-21, bortezomib subcutáneo 1.3 mg / m² en los días 1, 4, 8 y 11, y dexametasona 40 mg / día por vía oral en los días 1-4, 9-12 de ciclos repetidos de 28 días. Después del tratamiento inicial, los pacientes recibieron un régimen de acondicionamiento con busulfán-melfalán o MEL200 (aleatorización 1: 1) y ASCT. Los pacientes también recibieron dos ciclos adicionales (8 semanas) de RVd después de la ASCT. En total 458 pacientes fueron incluidos en el estudio.

En el estudio PETHEMA GEM2012, al final del tratamiento inicial con RVd, la tasa ≥ VGPR fue del 67% y la tasa de CR fue del 33% con el 47% (217/458) de sujetos con MRD negativa (sensibilidad 10⁻⁴). De los

sujetos con \geq VGPR, el 64% (196/305) fue MRD negativo (sensibilidad 10^{-4}). La tasa \geq VGPR postrasplante fue del 75% y la tasa de CR fue del 44% con 63% (287/458) de sujetos con MRD negativo (sensibilidad 10^{-4}). De los sujetos con \geq VGPR, el 79% (271/344) fue MRD negativo (sensibilidad 10^{-4}).

IFM 2009

El estudio IFM 2009 fue un estudio multicéntrico de fase 3, aleatorizado, controlado, abierto que comparó RVd con y sin ASCT como tratamiento inicial para pacientes con mieloma múltiple no tratados previamente que son elegibles para trasplante. Los pacientes recibieron lenalidomida 25 mg / día por vía oral los días 1 a 14, bortezomib intravenoso 1,3 mg / m² en los días 1, 4, 8 y 11 y dexametasona 20 mg / día por vía oral los días 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12 de ciclos repetidos de 21 días. RVd se administró en 8 ciclos de 3 semanas (24 semanas) sin ASCT inmediato (grupo A) o tres ciclos de 3 semanas (9 semanas) antes de ASCT (grupo B). Los pacientes en el grupo B también recibieron dos ciclos adicionales de RVd de 3 semanas después de la ASCT. En total 700 pacientes fueron incluidos en el estudio.

En el estudio IFM 2009, al final del tratamiento inicial, la tasa \geq VGPR fue del 68%, con una tasa de CR del 31%. De los sujetos con \geq VGPR, el 57% (136/237) fue MRD negativo (sensibilidad 10^{-4}).

Experiencia clínica con lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona en pacientes no tratados previamente con mieloma múltiple que no son elegibles para trasplante

El estudio SWOG S0777 evaluó la adición de bortezomib a una base de lenalidomida y dexametasona, como tratamiento inicial, seguido de Rd continuado hasta la progresión de la enfermedad, en pacientes con mieloma múltiple no tratados previamente que no estaban destinados para el trasplante de células madre.

Los pacientes en el grupo de lenalidomida, bortezomib y dexametasona (RVd) recibieron lenalidomida por vía oral los días 1-14, bortezomib intravenoso 1,3 mg / m² los días 1, 4, 8 y 11, y dexametasona 20 mg / día por vía oral. días 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12 de ciclos repetidos de 21 días hasta ocho ciclos de 21 días (24 semanas). Los pacientes del grupo de lenalidomida y dexametasona (Rd) recibieron lenalidomida 25 mg / día por vía oral los días 1-21 y la dexametasona 40 mg / día por vía oral los días 1, 8, 15 y 22 de ciclos repetidos de 28 días hasta seis ciclos de 21 días (24 semanas). Los pacientes en ambos grupos tomaron Rd: lenalidomida 25 mg / día por vía oral en los días 1-21 y dexametasona 40 mg / día por vía oral en los días 1, 8, 15 y 22 de ciclos repetidos de 28 días. El tratamiento debía continuar hasta la progresión de la enfermedad.

La variable principal de eficacia en el estudio fue la supervivencia libre de progresión (PFS). En total, se reclutaron 523 pacientes en el estudio, con 263 pacientes aleatorizados a RVd y 260 pacientes aleatorizados a Rd. La demografía y las características basales relacionadas con la enfermedad de los pacientes estaban bien equilibradas entre los grupos.

Los resultados de la PFS (revisión de IRAC, reglas de censura de la EMA) con un corte al 1° de diciembre de 2016, donde el tiempo de seguimiento promedio para los sujetos supervivientes fue de 60.6 meses, mostraron una reducción del 24% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte a favor de RVd (HR = 0,76; CI del 95%: 0,62 a 0,94). La mediana de la PFS general fue de 41,7 meses (CI del 95%: 33,1, 51,5) en el grupo de RVd frente a 29,7 meses (IC del 95%: 24,2, 37,8) en el grupo Rd.

Se observó una reducción del 28% en el riesgo de muerte para los sujetos en el grupo RVd en comparación con los del grupo Rd (HR = 0.72; IC del 95% = 0.56 a 0.94). La mediana de OS general fue de 89,1 meses (IC del 95% 76,1, NE) en el grupo RVd frente a 67,2 meses (CI del 95% 58,4, 90,8) en el grupo Rd. De manera similar, la tasa \geq VGPR fue mayor en el grupo RVd (58%) en comparación con el grupo Rd (32%).

Ensayos clínicos aleatorizados, controlados con placebo - Mantenimiento después del auto-HSCT:

Se realizaron dos estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, de grupos paralelos y controlados con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de la terapia de mantenimiento con REVLIMID en el tratamiento de pacientes con MM después del auto-HSCT. En el estudio de mantenimiento 1, los pacientes entre 18 y 70 años de edad que habían sido sometidos a terapia de inducción seguida de auto-HSCT, fueron

elegibles. La terapia de inducción debe haber ocurrido dentro de los 12 meses. Dentro de 90 a 100 días después del auto-HSCT, los pacientes con al menos una respuesta estable de la enfermedad fueron aleatorizados 1: 1 para recibir REVLIMID o mantenimiento con placebo. En el Estudio de Mantenimiento 2, los pacientes con edades <65 años al momento del diagnóstico que habían sido sometidos a terapia de inducción seguida de auto-HSCT y habían logrado al menos una respuesta estable de la enfermedad en el momento de la recuperación hematológica, fueron elegibles. Dentro de los 6 meses después del auto-HSCT, los pacientes fueron aleatorizados 1: 1 para recibir REVLIMID o mantenimiento con placebo. Los pacientes elegibles para ambos ensayos tuvieron CLcr de ≥ 30 ml / minuto.

En ambos estudios, la dosis de mantenimiento de REVLIMID fue de 10 mg una vez al día, los días 1-28 de ciclos repetidos de 28 días, podría aumentarse a 15 mg una vez al día, después de 3 meses en ausencia de toxicidad limitante de la dosis y el tratamiento debía ser continuado hasta la progresión de la enfermedad o la retirada del paciente por otra razón. La dosis se redujo, o el tratamiento se interrumpió temporalmente o se detuvo, según fue necesario para manejar la toxicidad. Un aumento de dosis a 15 mg una vez al día se realizó para 135 pacientes (58%) en el estudio de mantenimiento 1 y en 185 pacientes (60%) en el estudio de mantenimiento 2.

La demografía y las características basales relacionadas con la enfermedad de los pacientes fueron similares en los dos estudios y reflejaron una población típica de MM después del auto-HSCT (ver Tabla 2).

Tabla 2: Características demográficas basales y relacionadas con la enfermedad - Estudios de mantenimiento 1 y 2

	Estudio de Mantenimiento 1		Estudio de Mantenimiento 2	
	REVLIMID N = 231	Placebo N = 229	REVLIMID N = 307	Placebo N = 307
Edad (años)				
Promedio	58.0	58.0	57.5	58.1
(Min, max)	(29.0, 71.0)	(39.0, 71.0)	(22.7, 68.3)	(32.3, 67.0)
Sexo, n (%)				
Masculino	121 (52)	129 (56)	169 (55)	181 (59)
Femenino	110 (48)	100 (44)	138 (45)	126 (41)
Etapas ISS al momento del diagnóstico, n (%)				
Etapas I o II	120 (52)	131 (57)	232 (76)	250 (81)
<i>Etapas I</i>	62 (27)	85 (37)	128 (42)	143 (47)
<i>Etapas II</i>	58 (25)	46 (20)	104 (34)	107 (35)
Etapas III	39 (17)	35 (15)	66 (21)	46 (15)
Faltante	72 (31)	63 (28)	9 (3)	11 (4)
CrCl en el Post-auto- HSCt n (%)				
< 50 mL/min	23 (10)	16 (7)	10 (3)	9 (3)
≥ 50 mL/min	201 (87)	204 (89)	178 (58)	200 (65)
Faltante	7 (3)	9 (4)	119 (39)	98 (32)

Fecha de corte de datos = 1° de marzo de 2015.

El criterio principal de valoración de la eficacia de ambos estudios fue la PFS definida desde la aleatorización a la fecha de progresión o muerte, lo que tuvo lugar primero; los estudios individuales no fueron impulsados para un criterio de valoración de la supervivencia general. Ambos estudios fueron desenmascarados por las recomendaciones de sus respectivos comités de monitoreo de datos y después de superar los umbrales respectivos para los análisis provisionales preestablecidos de PFS. Después del desenmascaramiento, los pacientes siguieron siendo monitoreados como antes. Se permitió a los pacientes en el grupo placebo del Estudio de Mantenimiento 1 cruzarse para recibir REVLIMID antes de la progresión de la enfermedad (76 pacientes [33%] cruzaron a REVLIMID); a los pacientes en el Estudio de Mantenimiento 2 no se les recomendó cruzar. Los resultados de la eficacia se resumen en la siguiente tabla. En ambos estudios, el análisis primario de la PFS al momento de desenmascaramiento fue significativamente más largo con REVLIMID comparado con placebo: el Estudio de Mantenimiento 1 HR 0,38 (IC del 95%: 0,27-0,54 p <0,001) y el Estudio de Mantenimiento 2 HR 0,50 (IC del 95%: 0,39- 0,64 p <0,001). Para ambos estudios, la PFS se actualizó con una fecha de corte el 1° de marzo de 2015, como se muestra en la tabla y los siguientes gráficos de Kaplan Meier. Con un seguimiento más prolongado (promedio 72,4 y 86,0 meses, respectivamente), los análisis actualizados de la PFS para ambos estudios continúan mostrando una ventaja de la PFS para REVLIMID comparado con placebo: el Estudio de Mantenimiento 1 HR 0,38 (IC del 95%: 0,28-0,50) con la PFS promedio de 68,6 meses y el Estudio de Mantenimiento 2 HR 0,53 (IC del 95%: 0,44-0,64) con una PFS promedio de 46,3 meses.

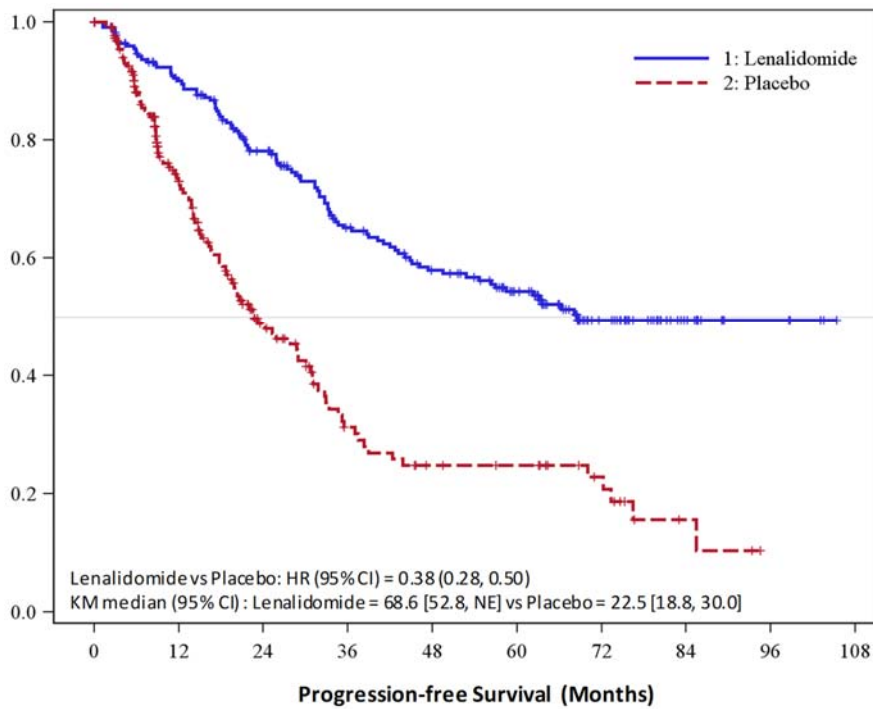
El análisis descriptivo de los datos de la OS (supervivencia general, por sus siglas en inglés) con fecha de corte el 1º de febrero de 2016 se proporciona en la Tabla 3. El tiempo promedio de seguimiento fue de 81,6 y 96,7 meses para el Estudio de Mantenimiento 1 y el Estudio de Mantenimiento 2, respectivamente. La OS promedio fue de 111,0 y 84,2 meses para REVLIMID y placebo, respectivamente, para el Estudio de Mantenimiento 1 y 105,9 y 88,1 meses para REVLIMID y placebo, respectivamente, para el Estudio de Mantenimiento 2.

Tabla 3: Supervivencia libre de progresión y supervivencia general de la aleatorización en los Estudios de Mantenimiento 1 y 2 (población ITT post-auto-HSCT)

	Estudio de Mantenimiento 1		Estudio de Mantenimiento 2	
	REVLIMID N = 231	Placebo N = 229	REVLIMID N = 307	Placebo N = 307
PFS en el desenmascaramiento				
Eventos PFS n (%)	46 (20)	98 (43)	103 (34)	160 (52)
Promedio en meses [IC del 95%]]	33.9 [NE, NE]	19.0 [16.2, 25.6]	41.2 [38.3, NE]	23.0 [21.2, 28.0]
Cociente de riesgo [IC del 95%]	0.38 [0.27, 0.54]		0.50 [0.39, 0.64]	
Prueba del orden logarítmico valor de p 3	<0.001		<0.001	
PFS en el análisis de actualización 1 Marzo 2015 (Estudios 1 y 2)				
Eventos PFS n (%)	97 (42)	116 (51)	191 (62)	248 (81)
Promedio en meses [IC del 95%]]	68.6 [52.8, NE]	22.5 [18.8, 30.0]	46.3 [40.1, 56.6]	23.8 [21.0, 27.3]
Cociente de riesgo [IC del 95%]	0.38 [0.28, 0.50]		0.53 [0.44, 0.64]	
OS en el análisis de actualización 1 Feb 2016 (Estudios 1 y 2)				
Eventos OS n (%)	82 (35)	114 (50)	143 (47)	160 (52)
Promedio en meses [IC del 95%]]	111.0 [101.8, NE]	84.2 [71.0, 102.7]	105.9 [88.8, NE]	88.1 [80.7, 108.4]
Cociente de riesgo [IC del 95%]	0.59 [0.44, 0.78]		0.90 [0.72, 1.13]	

Fecha del desenmascaramiento en el Estudio de Mantenimiento 1 y 2 = 17 de diciembre de 2009 y 7 de julio de 2010, respectivamente.
 Auto-HSCT = trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas; IC = intervalo de confianza;
 ITT = intención de tratar; NE = no estimable; PFS = supervivencia libre de progresión
 La PFS en el momento del desenmascaramiento para el Estudio de Mantenimiento 2 se basó en la evaluación por un Comité de Revisión Independiente. Todos los demás análisis de la PFS se basaron en la evaluación por el investigador.
 Nota: El promedio se basa en la estimación de Kaplan-Meier, con IC del 95% sobre el promedio del tiempo total de la PFS. El cociente de riesgo se basa en un modelo de riesgo proporcional estratificado por factores de estratificación que comparan las funciones de riesgo asociadas con los grupos de tratamiento (lenalidomida: placebo).

Curvas Kaplan-Meier de supervivencia libre de progresión de la aleatorización (Población ITT Post-Auto-HSCT) en el Estudio de Mantenimiento 1 entre los grupos REVLIMID y Placebo (Fecha de corte de datos actualizada el 1 de marzo de 2015)



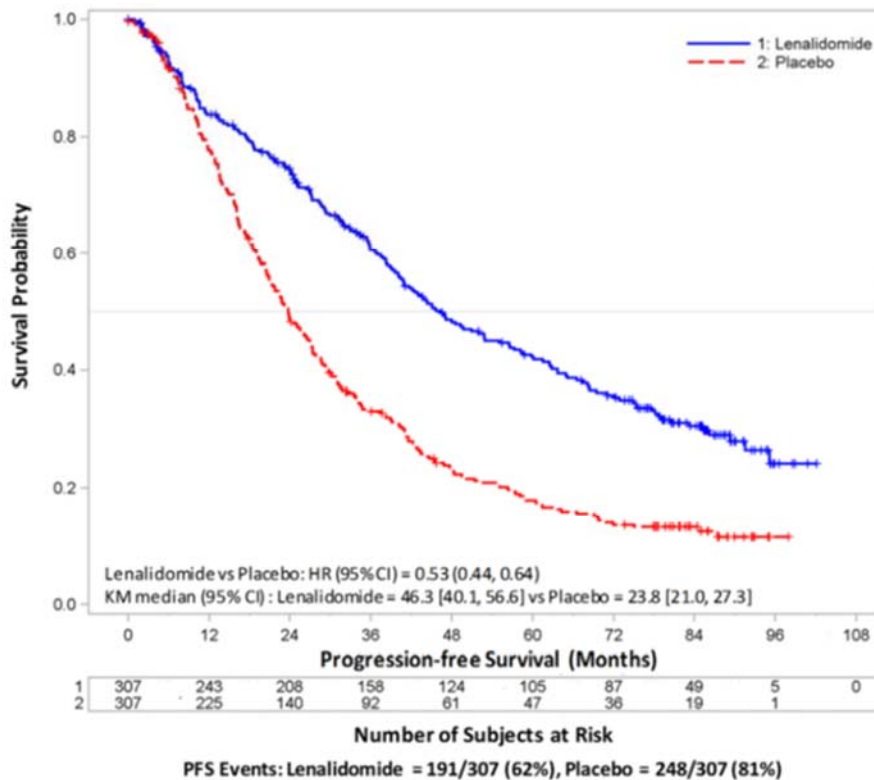
1	231	194	158	121	102	82	40	16	5	0
2	229	116	57	29	20	18	11	3	0	0

Number of Subjects at Risk

PFS Events: Lenalidomide = 97/231 (42%), Placebo = 116/229 (51%)

Auto-HSCT = trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas; IC = intervalo de confianza; HR = cociente de riesgo; ITT = intención de tratar; KM = Kaplan - Meier; PFS = supervivencia libre de progresión; Vs = versus

Curvas Kaplan-Meier de supervivencia libre de progresión de la aleatorización (Población ITT Post-Auto-HSCT población) en el Estudio de Mantenimiento 2 entre los grupos REVLIMID y Placebo (Fecha de corte de datos actualizada el 1 de marzo de 2015)



Auto-HSCT = trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas; IC = intervalo de confianza; HR = cociente de riesgo; ITT = intención de tratar; KM = Kaplan - Meier; PFS = supervivencia libre de progresión; Vs = versus

Estudios clínicos abiertos, aleatorizados en pacientes con MM después de al menos una terapia previa.

Se realizaron dos estudios aleatorizados (Estudios 1 y 2) para evaluar la eficacia y seguridad de REVLIMID. Estos estudios de centros múltiples, multinacionales, a doble-ciego, controlados con placebo compararon REVLIMID más terapia de pulsos con dexametasona en dosis alta por vía oral con la terapia con dexametasona sola en pacientes con mieloma múltiple que habían recibido por lo menos un tratamiento anterior. Estos estudios incluyeron a pacientes con recuentos absolutos de neutrófilos (ANC) $\geq 1000/\text{mm}^3$, recuento de plaquetas $\geq 75.000/\text{mm}^3$, creatinina sérica $\leq 2,5$ mg/dL, SGOT/AST o SGT/ALT en sangre ≤ 3 x límite superior de lo normal (ULN) y bilirrubina directa sérica ≤ 2 mg/dL.

En ambos estudios, los pacientes en el grupo REVLIMID/dexametasona tomaron 25 mg de REVLIMID por vía oral una vez por día en los días 1 a 21 y una cápsula de placebo similar una vez por día en los días 22 a 28 de cada ciclo de 28 días. Los pacientes en el grupo placebo/dexametasona tomaron 1 cápsula de placebo en los días 1 a 28 de cada ciclo de 28 días. Los pacientes en ambos grupos de tratamiento tomaron 40 mg de REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

dexametasona por vía oral una vez por día en los días 1 a 4, 9 a 12, y 17 a 20 de cada ciclo de 28 días durante los primeros 4 ciclos de terapia.

La dosis de dexametasona se redujo a 40 mg por vía oral una vez por día en los días 1 a 4 de cada ciclo de 28 días después de los primeros 4 ciclos de terapia. En ambos estudios, el tratamiento continuó hasta la progresión de la enfermedad.

En ambos estudios, se permitieron ajustes de dosis en base a resultados clínicos y de laboratorio. Se permitieron reducciones secuenciales de dosis a 15 mg diarios, 10 mg diarios y 5 mg diarios, por toxicidad [Ver Posología y Administración].

La tabla 4 resume las características basales del paciente y de la enfermedad en los dos estudios. En ambos estudios, las características basales demográficas y relacionadas con la enfermedad fueron comparables entre los grupos REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona.

Tabla 4: Características basales demográficas y relacionadas con la enfermedad – Estudios 1 y 2				
	Estudio 1		Estudio 2	
	Revlimid/Dex N=177	Placebo/Dex N=176	Revlimid/Dex N=176	Placebo/Dex N=175
Características del paciente				
Edad (años)				
Mediana	64	62	63	64
Min - Máx	36-86	37-85	33-84	40-82
Sexo				
Hombres	106 (60 %)	104 (59 %)	104 (59 %)	103 (59 %)
Mujeres	71 (40 %)	72 (41 %)	72 (41 %)	72 (41 %)
Raza/etnicidad				
Blanca	141 (80%)	148 (84 %)	172 (98 %)	175 (100 %)
Otra	36 (20 %)	28 (16 %)	4 (2 %)	0 (0 %)
Desempeño ECOG				
Estado 0-1	157 (89 %)	163 (95 %)	150 (85 %)	144 (82 %)
Características de la enfermedad				
Estadio basal de mieloma múltiple (Durie-Salmon)				
I	3 %	3 %	6 %	5 %
II	32 %	31 %	28 %	33 %
III	64 %	66 %	65 %	63 %
B2-microglobulina (mg/L)				
≤ 2,5 mg/L	52 (29%)	51 (29%)	51 (29%)	48 (27%)
> 2,5 mg/L	125 (71%)	125 (71%)	125 (71%)	127 (73%)
Número de terapias anteriores				
Nro. de terapias anteriores antimieloma				

1	38 %	38 %	32 %	33 %
≥2	62 %	62 %	68 %	67 %
Tipos de terapias anteriores				
Transplante de célula madre	62 %	61 %	55 %	54 %
Talidomida	42 %	46 %	30 %	38 %
Dexametasona	81 %	71 %	66 %	69 %
Bortezomib	11 %	11 %	5 %	4 %
Melfalán	33 %	31 %	56 %	52 %
Doxorubicina	55 %	51 %	56 %	57 %

El objetivo primario de eficacia en ambos estudios fue el tiempo hasta la progresión (TTP, *Time To Progression*). TTP se definió como el tiempo desde la aleatorización hasta la primera manifestación de enfermedad progresiva.

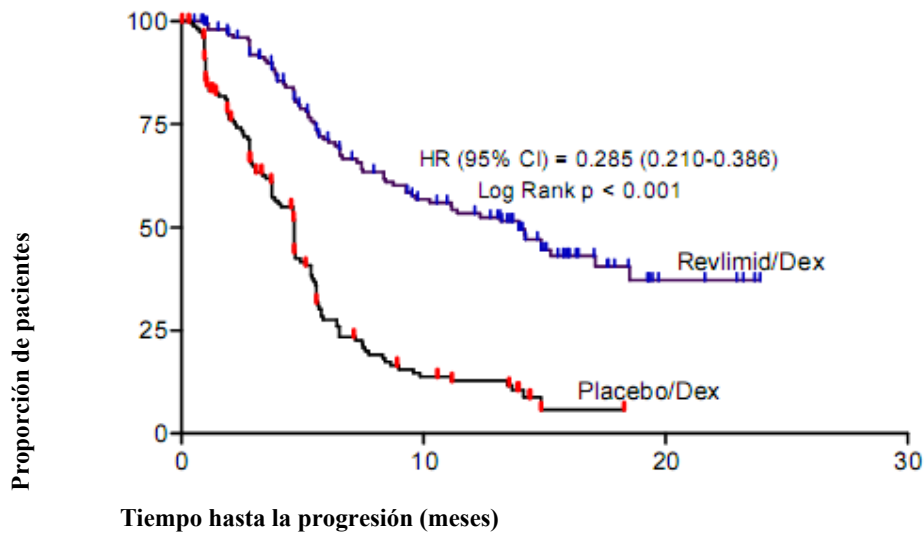
Los análisis intermedios previamente planificados de ambos estudios mostraron que la combinación de REVLIMID/dexametasona fue significativamente superior a dexametasona sola para TTP. Los estudios fueron subsiguientemente abiertos para permitir que los pacientes del grupo placebo/dexametasona aún en estudio recibieran tratamiento con la combinación REVLIMID/dexametasona. Para ambos estudios, se analizaron los datos de seguimiento prolongado acerca de la sobrevida con entrecruzamientos. En el estudio 1, la mediana del tiempo de sobrevida fue 39,4 meses (IC 95%: 32,9; 47,4) en el grupo REVLIMID/dexametasona y 31,6 meses (IC 95%: 24,1; 40,9) en el grupo placebo/dexametasona con un cociente de riesgo de 0,79 (IC 95%: 0,61 -1,03). En el estudio 2, la mediana del tiempo de sobrevida fue 37,5 meses (IC 95%: 29,9; 46,6) en el grupo REVLIMID/dexametasona y 30,8 meses (IC 95%: 23,5-40,3) en el grupo placebo/dexametasona, con un cociente de riesgo de 0,86 (IC 95%: 0,65-1,14).

Tabla 5: Resultados del TTP en el estudio 1 y en el estudio 2

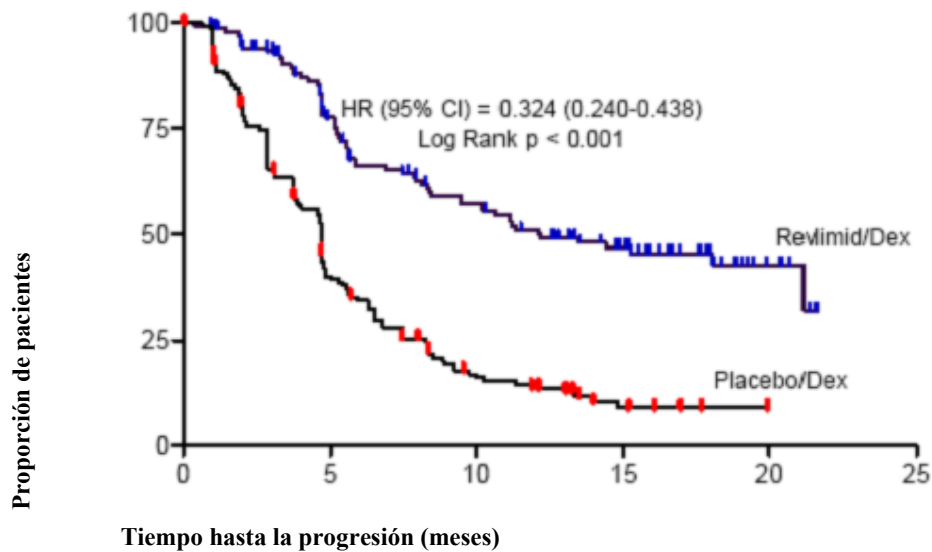
	Estudio 1		Estudio 2	
	REVLIMID/Dex N=177	Placebo/Dex N=176	REVLIMID/Dex N=176	Placebo/Dex N=175
TTP				
Eventos n (%)	73 (41)	120 (68)	68 (39)	130 (74)
TTP mediano en meses [IC 95%]	13,9 [9,5; 18,5]	4,7 [3,7; 4,9]	12,1 [9,5; NE]	4,7 [3,8; 4,8]
Cociente de riesgos instantáneos (<i>hazard ratio</i>) [IC 95%]	0,285 [0,210; 0,386]		0,324 [0,240; 0,438]	

Prueba del orden logarítmico valor de p 3	<0,001		<0,001	
Respuesta				
Respuesta completa (CR) n (%)	23 (13)	1 (1)	27 (15)	7 (4)
Respuesta parcial (RR/PR) n (%)	84 (48)	33 (19)	77 (44)	34 (19)
Respuesta global n (%)	107 (61)	34 (19)	104 (59)	41 (23)
Valor de p	<0,001		<0,001	
Cociente de posibilidades [IC 95%]	6,38 [3,95; 10,32]		4,72 [2,98; 7,49]	

Valor estimado según Kaplan-Meier del tiempo hasta la progresión – Estudio 1



Valor estimado según Kaplan-Meier del tiempo hasta la progresión – Estudio 2



Síndromes mielodisplásicos con anomalía citogenética por delección del 5q

Se evaluó la eficacia y seguridad de REVLIMID en pacientes con anemia dependiente de transfusión en MDSSMD de riesgo bajo o Intermedio 1 con una anomalía citogenética por delección del 5q (q31-33) en aislamiento o con anomalías citogenéticas adicionales, en una dosis de 10 mg una vez por día o 10 mg una vez por día durante 21 días cada 28 días en un estudio abierto, de grupo único, en múltiples centros. El estudio principal no fue diseñado ni tenía la potencia para comparar de forma prospectiva la eficacia de los dos regímenes de administración. Se permitieron reducciones secuenciales de dosis a 5 mg diarios y 5 mg día por medio, así como retrasos de dosis, por toxicidad (*Posología y administración*).

Este estudio principal reclutó a 148 pacientes que tenían anemia dependiente de transfusión de glóbulos rojos. La dependencia de la transfusión de glóbulos rojos se definió como haber recibido ≥ 2 unidades de glóbulos rojos dentro de las 8 semanas anteriores al tratamiento del estudio. El estudio incorporó a pacientes con recuentos absolutos de neutrófilos (ANC) ≥ 500 células/mm³, recuentos plaquetarios ≥ 50.000 /mm³, creatinina sérica $\leq 2,5$ mg/dL, SGOT/AST o SGPT/ALT séricos ≤ 3 x límite superior del normal (ULN), y bilirrubina directa sérica $\leq 2,0$ mg/dL. Se permitió el factor estimulante de colonias de granulocitos para los pacientes que manifestaron neutropenia o fiebre asociada con neutropenia. Las características basales de los pacientes y relacionadas con la enfermedad se resumen en la tabla 6.

Tabla 6: Características basales demográficas y relacionadas con la enfermedad en el estudio sobre SMD

Global
(N=148)

Edad (años)

Mediana 71,0

Min, Máx	37,0	95,0
Género	n	(%)
Hombres	51	(34,5)
Mujeres	97	(65,5)
Raza	n	(%)
Blanca	143	(96,6)
Otra	5	(3,4)
Duración de SMD (años)		
Mediana	2,5	
Min, Máx	0,1	20,7
Anomalía citogenética Del 5 (q31-33)	n	(%)
Sí	148	(100,0)
Otras anomalías citogenéticas	37	(25,2)
Puntaje IPSS [a]	n	(%)
Bajo (0)	55	(37,2)
Intermedio-1 (0,5-1,0)	65	(43,9)
Intermedio-2 (1,5-2,0)	6	(4,1)
Alto ($\geq 2,5$)	2	(1,4)
Faltante	20	(13,5)
Clasificación FAB [b] de revisión central	n	(%)
RA	77	(52,0)
RARS	16	(10,8)
RAEB	30	(20,3)
CMML	3	(2,0)

^[a] Categoría de riesgo IPSS: Bajo (puntaje combinado = 0), Intermedio-1 (puntaje combinado = 0,5 a 1,0), Intermedio-2 (puntaje combinado = 1,5 a 2,0), Alto (puntaje combinado $\geq 2,5$); Puntaje combinado = (puntaje de blastos en médula + puntaje cariotipo + puntaje citopenia).

^[b] Clasificación francesa-norteamericana-británica (FAB) del SMD.

La frecuencia de independencia de transfusión de glóbulos rojos se modificó a partir de los criterios de respuesta del Grupo de Trabajo Internacional (IWG, *International Working Group*) para SMD. La independencia de transfusión de glóbulos rojos se definió como la ausencia de toda transfusión de glóbulos rojos durante 56 días (8 semanas) consecutivos “sucesivos” durante el período de tratamiento.

La independencia de transfusión se observó en 99/148 (67%) pacientes (IC 95% [59, 74]). La mediana de la duración desde la fecha cuando se declaró por primera vez la independencia de transfusión de glóbulos rojos (es decir, el último día del período de 56 días libre de transfusión) hasta la fecha cuando se recibió una

transfusión adicional luego del período de 56 días libre de transfusión entre los 99 respondedores fue de 44 semanas (rango de 0 a >67 semanas). El 90% de los pacientes que lograron un beneficio en sus transfusiones lo hicieron al completar tres meses en el estudio.

Las tasas de independencia de transfusión de glóbulos rojos no se vieron afectadas por la edad o el género.

La dosis de REVLIMID se redujo o se interrumpió por lo menos una vez debido a un evento adverso en 118 (79,7%) de los 148 pacientes; la mediana de tiempo hasta la primera reducción o interrupción de dosis fue de 21 días (media, 35,1 días; rango, 2-253 días), y la mediana de la duración de la primera interrupción de dosis fue de 22 días (media, 28,5 días; rango, 2-265 días). Una segunda reducción o interrupción de dosis debido a eventos adversos fue necesaria en 50 (33,8%) de los 148 pacientes. La mediana del intervalo entre la primera y la segunda reducción o interrupción de dosis fue de 51 días (media, 59,7 días; rango, 15-205 días) y la mediana de la duración de la segunda interrupción de dosis fue de 21 días (media, 26 días; rango, 2-148 días).

Linfoma de células del manto

Se realizó un ensayo multicéntrico, de un único grupo de tratamiento, abierto sobre lenalidomida como agente único para evaluar la seguridad y eficacia de esta droga en pacientes con linfoma de células de manto que han sufrido una recaída o fueron resistentes a bortezomib o al régimen que contiene bortezomib. A los pacientes con clearance de creatinina ≥ 60 mL/min se les administró lenalidomida a una dosis de 25 mg una vez por día durante 21 días cada 28 días. A los pacientes con clearance de creatinina ≥ 30 mL/min y < 60 mL/min se les administró lenalidomida a una dosis de 10 mg una vez por día durante 21 días cada 28 días. El tratamiento continuó hasta las siguientes situaciones: progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o suspensión del consentimiento.

El ensayo incluyó pacientes que tenían al menos 18 años de edad con LCM demostrada con biopsia, con enfermedad medible por medio de una tomografía computarizada. Se les requirió a los pacientes que hayan recibido tratamiento previo con antraciclina o mitoxantrona, ciclofosfamida, rituximab y bortezomib, solo o en combinación. A los pacientes se les requirió que tengan una enfermedad resistente documentada (definida como sin respuesta de PR o de mejoría durante el tratamiento con bortezomib o con un régimen que contiene bortezomib), o enfermedad en recaída (definida como progresión dentro de un año posterior al tratamiento con bortezomib o con un régimen que contiene bortezomib). Al momento de la inscripción, los pacientes tuvieron recuentos absolutos de neutrófilos (ANC) $\geq 1500/\text{mm}^3$, recuentos de plaquetas $\geq 60,000/\text{mm}^3$, límite superior normal de SGOT/AST o SGPT/ALT $\leq 3x$ séricos a menos que existiera evidencia documentada de implicación del hígado por el linfoma, bilirrubina total sérica $\leq 1,5 x$ ULN excepto en casos del síndrome de Gilbert o compromiso documentado del hígado por el linfoma y clearance de creatinina calculado (fórmula Cockcroft-Gault) ≥ 30 mL/min.

La mediana de la edad era de 67 años (43-83), el 81 % eran hombres y el 96 % eran caucásicos. La tabla a continuación resume las características basales relacionadas con la enfermedad y la terapia previa contra el linfoma en el ensayo del linfoma de células de manto.

Tabla 7: Características basales relacionadas con la enfermedad y terapia previa contra el linfoma en REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

el ensayo del linfoma de células de manto

Características basales de la enfermedad y terapia previa contra el linfoma	Total de pacientes (N=134)
ECOG Estado funcional^a – n (%)	
0	43 (32)
1	73 (54)
2	17 (13)
3	1 (<1)
Etapa avanzada de LCM, n (%)	
III	27 (20)
IV	97 (72)
Puntaje MIPI alto o intermedio^b, n (%)	90 (67)
Carga tumoral alta^c, n (%)	77 (57)
Enfermedad voluminosa^d, n (%)	44 (33)
Enfermedad extranodal, n (%)	101 (75)
Número de terapias sistemáticas anti-linfoma previas, n (%)	
Mediana (rango)	4 (2, 10)
1	0 (0)
2	29 (22)
3	34 (25)
≥ 4	71 (53)
Número de sujetos que recibieron una terapia previa conteniendo, n (%):	
Antraciclina/mitoxantrona	133 (99)
Ciclofosfamida	133 (99)
Rituximab	134 (100)
Bortezomib	134 (100)
Resistente a terapia previa con bortezomib, n (%)	81 (60)
Resistente a la última terapia, n (%)	74 (55)
Trasplante autólogo previo de células madre o médula ósea	39 (29)

^{a)} ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group

^{b)} MIPI = MCL International Prognostic Index

^{c)} La carga tumoral alta se define como al menos una lesión que es ≥ 5 cm de diámetro o 3 lesiones que son ≥ 3 cm de diámetro

^{d)} La enfermedad voluminosa se define como al menos una lesión que es ≥ 7 cm del diámetro más largo.

Los criterios de valoración en el ensayo de LCM fueron índice de respuesta global (ORR) y duración de la respuesta (DOR). Un comité de revisión independiente determinó la respuesta sobre la base de la revisión de los escaneos radiográficos de acuerdo con una versión modificada de los Criterios de respuesta a los linfomas del taller internacional (Cheson, 1999). La DOR se define como el tiempo desde la respuesta inicial (al menos PR) hasta la progresión documentada de la enfermedad. Los resultados de eficacia de la población de LCM se basaron en todos los pacientes evaluables que recibieron al menos una dosis de la droga en estudio y se presentan en la Tabla 8. La mediana de tiempo hasta la respuesta fue de 2,2 meses (rango 1,8 a 13 meses).

Tabla 8: Resultados de respuesta en el ensayo pivotal del linfoma de células de manto

Análisis de respuesta (N = 133)	N (%)	CI 95%
Índice de respuesta global (IWRC) (CR + CRu +PR)	34 (26)	(18,4 ; 33,9)
Respuesta completa (CR + CRu)	9 (7)	(3,1; 12,5)
CR	1 (1)	
CRu	8 (6)	
Respuesta parcial (PR)	25 (19)	
Duración de la respuesta (meses)	Mediana	IC 95%
Duración de la respuesta global (CR + CRu + PR) (N = 34)	16,6	(7,7; 26,7)

POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

REVLIMID debe tomarse por vía oral a aproximadamente la misma hora todos los días, con o sin la ingesta de alimentos. Las cápsulas de REVLIMID deben tragarse enteras con agua. Las cápsulas no deben abrirse, romperse o masticarse.

Mieloma múltiple

Terapia de combinación con REVLIMID

La dosis inicial recomendada de REVLIMID es 25 mg una vez por día por vía oral los días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días en combinación con dexametasona. En el caso de pacientes > 75 años de edad, puede reducirse la dosis inicial de dexametasona. El tratamiento se debe continuar hasta la progresión de la enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable.

En los pacientes que no son elegibles para auto-HSCT el tratamiento debe continuarse hasta la progresión de enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable. Para pacientes que son elegibles para auto-HSCT la movilización de células madre hematopoyéticas debe ocurrir dentro de los cuatro ciclos de tratamiento que contengan de Revlimid (Ver Advertencias y Precauciones)

Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona en pacientes con mieloma múltiple no tratado previamente

- Tratamiento inicial: Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona. El tratamiento con Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona no debe iniciarse si el recuento absoluto de neutrófilos (ANC) es < 1,000/mcL, y / o los recuentos de plaquetas son < 50,000 mcL.

La dosis inicial recomendada de Revlimid es de 25 mg por vía oral una vez al día, ya sea

a) los días 1-14 de cada ciclo de 21 días, O

b) los días 1-21 de cada ciclo de 28 días.

Bortezomib debe administrarse mediante inyección subcutánea (1,3 mg / m² de superficie corporal) dos veces por semana en los días 1, 4, 8 y 11 de cada ciclo de 21 días o 28 días.

La dosis recomendada de dexametasona es

a) 20 mg por vía oral una vez al día en los días 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12, O

b) 40 mg por vía oral una vez al día en los días 1 a 4 y 9 a 12 de cada ciclo.

Se recomiendan hasta ocho ciclos de tratamiento de 21 días o seis ciclos de 28 días (24 semanas de tratamiento inicial).

Esquema de dosificación recomendado para Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona

Hasta 8 ciclos	Día (del ciclo de 21 días)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-21
Revlimid (25 mg)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Bortezomib (1.3 mg/m ²)	•			•				•			•				
Dexametasona (20 mg)	•	•		•	•			•	•		•	•			

o

Hasta 6 ciclos	Día (del ciclo de 28 días)																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22-28
Revlimid (25 mg)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Bortezomib (1.3 mg/m ²)	•			•				•			•											
Dexametasona (40 mg)	•	•	•	•					•	•	•	•										

Ajustes de dosis por toxicidades hematológicas durante el tratamiento del MM

Se recomiendan los lineamientos de modificación de dosis, tal como se resumen en la Tabla 9 a continuación, para manejar la neutropenia o trombocitopenia grados 3 o 4 u otra toxicidad grado 3 o 4 que se considere en relación con REVLIMID.

Tabla 9: Ajustes de dosis por toxicidades hematológicas para MM

Recuentos plaquetarios	
Trombocitopenia en MM	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
Días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días	
Caen a < 30.000/mcL Regresan a ≥ 30.000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID, seguir con un hemograma completo semanal Reanudar REVLIMID con una reducción de 5mg de la dosis anterior.
Para cada caída posterior < 30.000/mcL Regresan a ≥ 30.000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID Reanudar REVLIMID con una reducción de 5mg de la dosis anterior. No dosificar por debajo de 5 mg día por medio
Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)	
Neutropenia en MM	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
Días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días	
Caen a < 1000/mcL Regresan a ≥ 1000/mcL y neutropenia es la única toxicidad	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID, seguir con un CBC semanal Reanudar REVLIMID en 25 mg diarios o en la dosis inicial
Regresan a ≥ 1000/mcL y hay otra toxicidad	Reanudar REVLIMID en 5 mg menos que la dosis anterior. No dosificar por debajo de 5 mg día por medio
Para cada caída posterior < 1000/mcL Regresan a ≥ 1000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID Reanudar REVLIMID en 5 mg menos que la dosis anterior. No dosificar por debajo de 5 mg día por medio

Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona en pacientes con mieloma múltiple no tratados previamente

Etapas de la reducción de la dosis	
	Lenalidomida
Dosis inicial	25 mg
Nivel de dosis -1	20 mg
Nivel de dosis -2	15 mg
Nivel de dosis -3	10 mg

Nivel de dosis -4	5 mg
Nivel de dosis -5	5 mg día por medio

Trombocitopenia

Cuando las plaquetas	Acción recomendada
Descienden a $< 30 \times 10^9/L$	Interrumpa el tratamiento con lenalidomida y siga el CBC semanalmente.
Vuelven a $\geq 50 \times 10^9/L$	Reanudar lenalidomida a nivel de dosis -1
Por cada caída posterior por debajo de $30 \times 10^9 / L$	Interrumpa el tratamiento con lenalidomida
	Reanude lenalidomida en el siguiente nivel de dosis más bajo. No administre por debajo de 5 mg día por medio
Vuelven a $\geq 50 \times 10^9/L$	5 mg día por medio

Neutropenia

Cuando los neutrófilos	Acción recomendada ^a
Primero descienden a $< 0.5 \times 10^9/L$ o neutropenia febril (fiebre $\geq 38.5^\circ C$ y ANC $< 1 \times 10^9/L$)	Interrumpa el tratamiento con lenalidomida y realice el CBC semanalmente
Vuelven a $\geq 1 \times 10^9/L$	Reanude lenalidomida a nivel de dosis -1
Por cada caída posterior por debajo de $30 \times 10^9 / L$ o neutropenia febril	Interrumpa el tratamiento con lenalidomida
	Reanude lenalidomida en el siguiente nivel de dosis más bajo. No administre por debajo de 5 mg día por medio
Vuelven a $\geq 1 \times 10^9/L$	5 mg día por medio

^a A criterio del médico, si la neutropenia es la única toxicidad en cualquier nivel de dosis, agregue el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) y mantenga el nivel de dosis de lenalidomida.

Terapia de mantenimiento con REVLIMID luego del auto-HSCT

Después de realizar el auto-HSCT, iniciar el tratamiento de mantenimiento con REVLIMID luego de una adecuada recuperación hematológica (ANC $\geq 1000/mcl$ y/o recuento de plaquetas $\geq 75.000/mcl$). La dosis inicial de REVLIMID recomendada es 10 mg diarios en forma continua (Días 1-28 de ciclos repetidos de 28 días) hasta la progresión de la enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable. Después de 3 ciclos de terapia de mantenimiento, la dosis puede aumentarse a 15 mg diarios si es tolerada.

Ajuste de dosis para toxicidades hematológicas durante el tratamiento de MM

Para manejar la neutropenia o la trombocitopenia de Grado 3 o 4 u otra toxicidad de Grado 3 o 4 que se considere relacionada con REVLIMID, se recomienda seguir las directrices para la modificación de dosis resumidas en la Tabla 10 que está a continuación.

Tabla 10: Ajustes de dosis para toxicidades hematológicas para MM

Recuentos plaquetarios

Trombocitopenia en MM	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
Caen a < 30.000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID, realizar un hemograma completo semanal
Regresan a \geq 30.000/mcL	Reanudar REVLIMID en la dosis inmediatamente inferior, en forma continua los Días 1-28 de ciclos repetidos de 28 días.
Si la dosis diaria es de 5 mg, Para una caída posterior < 30.000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID. No dosificar por debajo de 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días.
Regresan a \geq 30.000/mcL	Reanudar REVLIMID con 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días. No dosificar por debajo de 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días.

Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)

Neutropenia en MM

Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
Caen a < 500/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID, hacer un hemograma completo semanal
Regresan a \geq 500/mcL	Reanudar REVLIMID con la dosis inmediatamente inferior, en forma continua los Días 1-28 de ciclos repetidos de 28 días.
Si la dosis diaria es de 5 mg Para cada caída posterior < 1000/mcL	Interrumpir el tratamiento con REVLIMID. No dosificar por debajo de 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días.
Regresan a \geq 500/mcL	Reanudar REVLIMID con 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días. No dosificar por debajo de 5 mg diarios los Días 1 a 21 del ciclo de 28 días.

Otras toxicidades en MM

En cuanto a otras toxicidades grados 3/4 que se consideran relacionadas con REVLIMID, suspender el tratamiento y reiniciar, según el criterio del médico, en el próximo nivel de dosis más bajo cuando se resuelva la toxicidad a \leq grado 2.

Ajuste de la dosis inicial para insuficiencia renal en mieloma múltiple

(ver Tabla 11)

Síndromes mielodisplásicos

La dosis inicial recomendada de REVLIMID es 10 mg diarios. El tratamiento se continúa o modifica sobre la base de resultados clínicos y de laboratorio.

La dosis inicial recomendada es 10 mg de Revlimid por vía oral una vez al día en los días 1-21 de los ciclos repetidos de tratamiento de 28 días. Si al menos se presenta una leve respuesta, es decir, al menos una mejora del 50% no se observa 16 semanas después del inicio del tratamiento con Revlimid, se recomienda el cese del tratamiento debido a la falta de eficacia.

Ajustes de dosis por toxicidades hematológicas durante el tratamiento del síndrome mielodisplásico

Los pacientes que reciben una dosis inicial de 10 mg y que experimentan trombocitopenia deben tener un ajuste de dosis de la siguiente manera:

Recuento de plaquetas	
Si se manifiesta trombocitopenia DENTRO de las 4 semanas de iniciar el tratamiento con 10 mg diarios en SMD:	
Si el basal es $\geq 100.000/\text{mcL}$	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
Caen a $< 50.000/\text{mcL}$	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a $\geq 50.000/\text{mcL}$	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios
Si el basal es $< 100.000/\text{mcL}$	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
Caen a 50% del valor basal	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Si el basal es $\geq 60.000/\text{mcL}$ y regresa a $\geq 50.000/\text{mcL}$	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios
Si el basal es $< 60.000/\text{mcL}$ y regresa a $\geq 30.000/\text{mcL}$	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios
Si se manifiesta trombocitopenia DESPUÉS de 4 semanas de iniciar el tratamiento en 10 mg diarios en SMD:	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
$< 30.000/\text{mcL}$ ó $< 50.000/\text{mcL}$ y transfusiones plaquetarias	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a $\geq 30.000/\text{mcL}$ (sin insuficiencia hemostática)	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios

Los pacientes que experimentan trombocitopenia con 5 mg diarios deben tener un ajuste de dosis de la siguiente manera:

Si se manifiesta trombocitopenia durante el tratamiento con 5 mg diarios en SMD:	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
<30.000/mcL ó < 50.000/mcL y transfusiones plaquetarias	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a \geq 30.000/mcL (sin insuficiencia hemostática)	Reanudar REVLIMID en 5 mg día por medio

Los pacientes que reciben una dosis inicial de 10 mg y que experimentan neutropenia deben tener un ajuste de dosis de la siguiente manera:

Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)	
Si se manifiesta neutropenia DENTRO de las 4 semanas de iniciar el tratamiento en 10 mg diarios en SMD:	
Si el ANC basal es \geq 1000/mcL	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
Caen a < 750/mcL	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a \geq 1000/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios
Si el ANC basal < 1000/mcL	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
Caen a < 500/mcL	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a \geq 500/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios
Si se manifiesta neutropenia DESPUÉS de 4 semanas de iniciar tratamiento en 10 mg diarios en SMD:	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
< 500/mcL por \geq 7 días ó < 500/mcL asociado con fiebre (\geq 38,5°C)	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a \geq 500/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg diarios

Los pacientes que experimentan neutropenia en 5 mg diarios deben tener un ajuste de dosis de la siguiente manera:

Si se manifiesta neutropenia durante el tratamiento con 5 mg diarios en SMD:	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
< 500/mcL por \geq 7 días ó < 500/mcL asociado con fiebre (\geq 38,5°C)	Interrumpir tratamiento con REVLIMID
Regresan a \geq 500/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg día por medio

Otras toxicidades grados 3/4 en SMD

En cuanto a otras toxicidades grados 3/4 que se consideran relacionadas con REVLIMID, suspender el tratamiento y reiniciar, según el criterio del médico, en el próximo nivel de dosis más bajo cuando la toxicidad se haya resuelto a \leq grado 2.

Ajuste de la dosis inicial para insuficiencia renal en SMD:

(ver Tabla 11)

Linfoma de células del manto

La dosis inicial recomendada de REVLIMID es de 25 mg/día por vía oral en los días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días para el linfoma de células del manto en recidiva o refractario. El tratamiento debe continuar hasta la progresión de la enfermedad o hasta que se manifieste una toxicidad inaceptable.

El tratamiento continúa, se modifica o se discontinúa sobre la base de los hallazgos clínicos o de laboratorio.

Ajustes de dosis por toxicidades hematológicas durante el tratamiento de LCM

Se recomiendan los lineamientos de modificación de dosis, tal como se resumen a continuación, para manejar la neutropenia o trombocitopenia grados 3 o 4 u otras toxicidades grado 3 o 4 que se consideren en relación con REVLIMID.

Recuento de plaquetas	
Si se manifiesta trombocitopenia durante el tratamiento en LCM:	
Cuando las plaquetas:	Acción recomendada:
Caen a < 50.000/mcL	Interrumpir tratamiento con REVLIMID y realizar un hemograma completo de forma semanal
Regresan a \geq 50.000/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg menos que la dosis anterior. No dosificar por debajo de 5 mg diarios.

Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)	
Neutropenia durante el tratamiento en LCM:	
Cuando los neutrófilos:	Acción recomendada:
Caen a <1000/mcL por al menos 7 días	Interrumpir tratamiento con REVLIMID y realizar un hemograma completo de forma semanal
o Caen a <1.000/mcL con una temperatura asociada \geq 38,5° C	
o Caen a <500/mcL	
Regresan a \geq 1.000/mcL	Reanudar REVLIMID en 5 mg menos que la dosis anterior. No dosificar por debajo de 5 mg diarios.

Otras toxicidades grados 3/4 en LCM

En cuanto a otras toxicidades grados 3/4 que se consideran relacionadas con REVLIMID, suspender el tratamiento y reiniciar, según el criterio del médico, en el próximo nivel de dosis más bajo cuando la toxicidad se haya resuelto a \leq grado 2.

Ajuste de dosis inicial para insuficiencia renal en LCM:

(Ver Tabla 11)

Dosis inicial para insuficiencia renal

Las recomendaciones para las dosis iniciales para pacientes con insuficiencia renal se indican en la siguiente tabla (ver *Poblaciones Específicas*).

Tabla 11. Ajuste de dosis inicial para insuficiencia renal

Función renal (Cockcroft-Gault)	Dosis en terapia de combinación con REVLIMID para MM y para LCM	Dosis en terapia de mantenimiento con REVLIMID después de auto-HSCT para MM y para SMD
CLcr 30 a 60 mL/min	10 mg una vez por día	5 mg una vez por día
CLcr < 30 mL/min (no requiere diálisis)	15 mg día por medio	5 mg Día por medio
CLcr < 30 mL/min (requiere diálisis)	5 mg una vez por día. Los días de diálisis, administrar la dosis después de la diálisis.	5 mg Tres veces por semana, administrar luego de la diálisis

Terapia de combinación con REVLIMID para MM: para CLcr 30 a 60 mL/min, considerar la escalada de la dosis a 15 mg después de 2 ciclos si el paciente tolera la dosis de 10 mg de lenalidomida sin toxicidad limitante de la dosis.

Terapia de mantenimiento con REVLIMID después del auto-HSCT para MM y para MCL, y SMD: basar el aumento o la disminución subsiguiente de la dosis de REVLIMID en la tolerancia al tratamiento de cada paciente (ver *Posología y administración*).

Modificación de la dosis

La dosis de Revlimid o medicamentos utilizados en combinación (dexametasona, bortezomib) debe ajustarse en función de los hallazgos clínicos y los valores de laboratorio.

Para los ajustes de dosis debidos a la toxicidad de los medicamentos utilizados en combinación con Revlimid, consulte la información sobre prescripción del producto correspondiente.

CONTRAINDICACIONES

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

Embarazo

REVLIMID puede provocar daños al feto si se administra a una mujer embarazada. Se observaron anomalías en las extremidades de las crías de monas que recibieron lenalidomida durante la organogénesis. Este efecto se observó en todas las dosis analizadas. Debido a los resultados de este estudio del desarrollo en monos y la semejanza estructural de lenalidomida con talidomida, un teratógeno humano conocido, lenalidomida está contraindicado en mujeres embarazadas. Si este fármaco se utiliza durante el embarazo o si la paciente queda embarazada durante el tratamiento con esta medicación, el paciente debe ser notificado respecto del riesgo potencial para el feto.

Reacciones severas de hipersensibilidad

REVLIMID está contraindicado en pacientes que demostraron hipersensibilidad (por ejemplo angioedema, Síndrome de Stevens Johnson y necrólisis epidérmica tóxica) a lenalidomida o alguno de sus excipientes..

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Toxicidad embrionaria y fetal

REVLIMID es un análogo de talidomida y está contraindicado su uso durante el embarazo. Talidomida es un conocido teratógeno humano que provoca defectos congénitos que pueden poner en peligro la vida. Un estudio de desarrollo embrionario fetal en monos indica que lenalidomida produjo malformaciones en la cría de monas que recibieron el medicamento durante el embarazo, lo cual se asemeja a los defectos congénitos observados en humanos tras la exposición a talidomida durante el embarazo.

REVLIMID sólo está disponible por medio del Programa de Minimización de Riesgo.

Pacientes femeninas en edad reproductiva:

Las mujeres en edad reproductiva deben evitar el embarazo por al menos 4 semanas antes de comenzar la terapia con REVLIMID, durante la terapia, durante las interrupciones de la dosis y por 4 semanas luego de completar el tratamiento.

Las pacientes femeninas deben comprometerse a mantener una abstinencia sexual heterosexual o a usar dos métodos anticonceptivos confiables, a partir de 4 semanas antes de iniciar el tratamiento con REVLIMID, durante la terapia, durante las interrupciones de dosis y continuar por 4 semanas luego de la discontinuación de la terapia con REVLIMID.

Se debe obtener una prueba de embarazo negativa antes de iniciar el tratamiento. La prueba de embarazo debe realizarse dentro de las 72 horas previas a la prescripción de la terapia de REVLIMID, y luego en forma mensual en mujeres con ciclos menstruales regulares o cada 2 semanas en mujeres con ciclos menstruales irregulares [*Ver Uso en Poblaciones Específicas*].

Pacientes masculinos:

Lenalidomida está presente en el semen de pacientes que reciben el fármaco. Por tal motivo, los pacientes masculinos siempre deben usar preservativo de látex o sintético durante cualquier contacto sexual con mujeres en edad reproductiva mientras reciben REVLIMID y por hasta 4 semanas después de discontinuar REVLIMID, incluso si se han sometido a una vasectomía exitosa. Los pacientes masculinos que toman REVLIMID no deben donar esperma [*Ver Uso en Poblaciones Específicas*].

Donación de sangre:

Los pacientes no deben donar sangre durante el tratamiento con REVLIMID y durante 4 semanas tras la

discontinuación del medicamento ya que la sangre podría darse a una paciente embarazada cuyo feto no debe exponerse a REVLIMID.

**Riesgo reproductivo y requisitos especiales de prescripción
(Programa de Minimización de Riesgo)**

Debido al riesgo embrionario y fetal [*Ver Uso en Poblaciones Específicas*], REVLIMID sólo está disponible por medio de un programa restringido bajo un Plan de Minimización de Riesgo.

Los componentes requeridos del Programa son los siguientes:

- Los médicos deben estar registrados por el programa al inscribirse y cumplir con los requerimientos.
- Los pacientes deben firmar un Consentimiento informado y cumplir con los requerimientos. En particular, las pacientes en edad reproductiva que no están embarazadas deben cumplir con los requerimientos en relación con las pruebas de embarazo y los métodos anticonceptivos.

Solo debe entregarse REVLIMID a pacientes que están autorizados para recibir este producto y cumplen con los requerimientos del Programa de Minimización de Riesgo

Para mayor información acerca del programa comunicarse con Laboratorio Bristol Myers Squibb al 0800-666-1179 y /o por e-mail: infomedicalatam@bms.com

Si se produce un embarazo durante el tratamiento, debe suspenderse de inmediato el tratamiento con REVLIMID.

Toda sospecha de exposición del feto a REVLIMID debe ser informada a ANMAT al 0800-333-1234 y al Laboratorio Bristol Myers Squibb al 0800-666-1179 y /o por e-mail: infomedicalatam@bms.com

Toxicidad hematológica

REVLIMID puede causar neutropenia y trombocitopenia significativas.

Controlar a los pacientes con neutropenia para detectar signos de infección. Indicar a los pacientes que observen si hay sangrado o hematomas, particularmente con el uso de medicamentos concomitantes que pueden aumentar el riesgo de sangrado. Los pacientes que toman REVLIMID deben realizarse recuentos sanguíneos completos de forma periódica según se describe a continuación.

Los pacientes que toman REVLIMID en combinación con dexametasona o como terapia de mantenimiento DE REVLIMID para MM deben realizarse recuentos sanguíneos completos cada 7 días (semanalmente) por los primeros 2 ciclos, en los Días 1 y 15 del Ciclo 3, y cada 28 días (4 semanas) de ahí en adelante. Puede ser necesaria una interrupción y/o reducción de dosis. En estudios clínicos sobre terapia de mantenimiento para MM, se informó neutropenia grado 3 o 4 en hasta el 59% de pacientes tratados con REVLIMID y trombocitopenia grado 3 o 4 en hasta el 38% de los pacientes tratados con REVLIMID.

En pacientes con MM no tratados previamente que son elegibles para trasplante, que toman Revlimid en combinación con bortezomib y dexametasona, se debe evaluar el recuento sanguíneo completo cada 7 días (semanalmente) durante el primer ciclo, posteriormente antes del comienzo de cada ciclo subsiguiente. Con el uso continuado de Revlimid en combinación con dexametasona, monitoree mensualmente (cada 4 semanas).

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

Los pacientes que toman REVLIMID para el síndrome mielodisplásico (SMD) deben realizarse recuentos sanguíneos completos semanalmente durante las primeras 8 semanas y por lo menos mensualmente de ahí en adelante. Los pacientes que toman REVLIMID para mieloma múltiple deben realizarse recuentos sanguíneos completos cada dos semanas durante las primeras 12 semanas y luego mensualmente de ahí en adelante. Se observó toxicidad hematológica grado 3 o 4 en el 80% de los pacientes incluidos en el estudio sobre síndrome mielodisplásico. En el 48% de los pacientes que desarrollaron neutropenia grado 3 o 4, la mediana de tiempo hasta la manifestación fue de 42 días (rango, 14-411 días) y la mediana de tiempo hasta la recuperación documentada fue de 17 días (rango, 2-170 días). En el 54% de los pacientes que desarrollaron trombocitopenia grado 3 o 4, la mediana de tiempo hasta la manifestación fue de 28 días (rango, 8-290 días) y la mediana de tiempo hasta la recuperación documentada fue de 22 días (rango, 5-224 días).

Los pacientes que toman REVLIMID para LCM deben realizarse recuentos sanguíneos completos semanalmente durante el primer ciclo (28 días), cada 2 semanas durante los ciclos 2-4, y luego mensualmente de ahí en adelante. Los pacientes pueden requerir la interrupción de la dosis y/o la reducción de la dosis. En el ensayo de LCM, se informó neutropenia grado 3 y 4 en el 43 % de los pacientes. Se informó trombocitopenia grado 3 o 4 en el 28 % de los pacientes.

Tromboembolia venosa y arterial

Los eventos tromboembólicos venosos [ETV (TVP y TEP)], y eventos tromboembólicos arteriales (TEA, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular) aumentan en pacientes tratados con REVLIMID. Un riesgo significativamente aumentado de trombosis venosa profunda (7,4%) y de embolia pulmonar (3,7%) surgió en pacientes con MM, después de por lo menos una terapia previa, que fueron tratados con REVLIMID y terapia de dexametasona en comparación con pacientes tratados en el grupo con placebo y dexametasona (3,1% y 0,9%) en ensayos clínicos con uso variable de terapias anticoagulantes. En el estudio de mieloma múltiple recientemente diagnosticado (NDMM) en el cual casi todos los pacientes recibieron profilaxis antitrombótica, se informó TVP como reacción adversa seria (3,6%; 2,0% y 1,7%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente. La frecuencia de reacciones adversas serias de EP fue similar entre las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT (3,8%; 2,8% y 3,7%, respectivamente).

El infarto de miocardio (1,7%) y el accidente cerebrovascular ACV (2,3%) aumentan en pacientes con MM después de por lo menos una terapia previa en la que fueron tratados con REVLIMID y dexametasona en comparación con pacientes tratados con placebo y dexametasona (0,6% y 0,9%) en los estudios clínicos. En el estudio NDMM, se informó infarto de miocardio (incluido el agudo) como una reacción adversa seria (2,3%; 0,6% y 1,1%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente. La frecuencia de reacciones adversas serias de ACV fue similar entre las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT (0,8%; 0,6% y 0,6%, respectivamente). Los pacientes con factores de riesgo conocidos, incluyendo trombosis previas, pueden estar en un riesgo mayor y se deben tomar acciones para tratar de minimizar todos los factores modificables (por ejemplo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo).

En ensayos clínicos controlados que no utilizaron tromboprofilaxis concomitante, el 21,5% de los eventos

trombóticos globales (eventos embólicos y trombóticos de consulta estándar en el Diccionario Médico para Actividades Regulatorias) ocurrió en pacientes con MM refractario y en recaída que fueron tratados con REVLIMID y dexametasona en comparación con 8,3% de trombosis en pacientes tratados con placebo y dexametasona. La mediana de tiempo hasta el primer evento de trombosis fue 2,8 meses. En el estudio NDMM, en el cual casi todos los pacientes recibieron profilaxis antitrombótica, la frecuencia global de eventos trombóticos fue del 17,4% en pacientes en las ramas Rd Continuous y Rd18 combinadas, y del 11,6% en la rama MPT. La mediana del tiempo hasta el primer evento de trombosis fue de 4,3 meses en las ramas Rd Continuous y Rd18 combinadas. Se recomienda tromboprofilaxis. El régimen de tromboprofilaxis se debe hacer sobre la base de una evaluación de los riesgos subyacentes del paciente. Instruya a los pacientes para que informen de inmediato cualquier signo o síntoma que podría sugerir eventos trombóticos. Los agentes estimuladores de la eritropoyesis (ESA) y los estrógenos podrían, además, aumentar el riesgo de trombosis y su uso se debe basar en una decisión sobre el riesgo-beneficio en pacientes que reciben REVLIMID.

Aumento de mortalidad en pacientes con LLC

En un ensayo clínico prospectivo aleatorizado (1:1) en el tratamiento de primera línea de pacientes con leucemia linfocítica crónica, el tratamiento con el agente único REVLIMID aumentó el riesgo de muerte en comparación con el agente único clorambucilo. En un análisis intermedio, hubo 34 muertes entre 210 pacientes en la rama de tratamiento con REVLIMID en comparación con 18 muertes entre 211 pacientes en la rama de tratamiento con clorambucilo, y el hazard ratio para la sobrevida global fue de 1,92 [IC del 95%: 1,08 – 3,41], consistente con un aumento del 92% en el riesgo de muerte. El ensayo se suspendió por cuestiones de seguridad en julio de 2013.

Las reacciones adversas cardiovasculares serias, incluidos fibrilación auricular, infarto de miocardio y falla cardíaca, ocurrieron más frecuentemente en la rama de tratamiento de REVLIMID. REVLIMID no está indicado ni tampoco recomendado para LLC fuera de los ensayos clínicos controlados.

Segundas neoplasias primarias

En ensayos clínicos en pacientes con MM que recibían REVLIMID, se observó un aumento de segundas neoplasias primarias hematológicas más tumor sólido (SPM, por sus siglas en inglés), particularmente LMA y SMD. El aumento SPM hematológicas, incluyendo de casos de LMA y SMD se produjo en 5,3% de los pacientes con NDMM que recibían REVLIMID en combinación con melfalán oral, en comparación con 1,3% de pacientes que recibían melfalán sin REVLIMID. La frecuencia de casos de LMA y SMD en pacientes con NDMM tratados con REVLIMID en combinación con dexametasona sin melfalán se observó en 0,4% de los casos.

En pacientes que recibieron terapia de mantenimiento con REVLIMID seguida de dosis alta de melfalán intravenoso y auto-HSCT, se produjeron SPM hematológicas en 7,5 % de los casos, en comparación con 3,3 % de pacientes que recibieron placebo. La incidencia de SPM de tumores hematológicos además de tumores sólidos (excluyendo carcinoma de células escamosas y carcinoma de células basales) fue de 14,9 % en comparación con 8,8 % en pacientes que recibieron placebo con un seguimiento promedio de 91,5 meses. La SPM de cáncer de piel no melanoma, incluyendo carcinoma de células escamosas y carcinoma de células basales se produjo en 3,9 % de los pacientes que recibían terapia de mantenimiento con REVLIMID, en

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

comparación con 2,6 % de la rama placebo.

En pacientes con MM recurrente o refractario tratados con REVLIMID/dexametasona, la incidencia de SPM de tumores hematológicos además de tumores sólidos (excluyendo carcinoma de células escamosas y carcinoma de células basales) fue de 2,3 % versus 0,6 % en la rama de dexametasona sola. La SPM de cáncer de piel no melanoma, incluyendo carcinoma de células escamosas y carcinoma de células basales se produjo en 3,1 % de los pacientes que recibían terapia de mantenimiento con REVLIMID/dexametasona, en comparación con 0,6 % de la rama dexametasona sola.

Los pacientes que recibieron terapia con REVLIMID hasta la progresión de la enfermedad no mostraron una mayor incidencia de segundas neoplasias primarias invasivas que los pacientes tratados en las ramas con REVLIMID de duración fija. Seguir de cerca a los pacientes a fin de detectar el desarrollo de segundas neoplasias primarias. Tener en cuenta tanto el posible beneficio de REVLIMID como el riesgo de segundas neoplasias primarias cuando se considera el tratamiento con REVLIMID.

En pacientes con mieloma múltiple recién diagnosticado que recibieron lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona, la frecuencia de SPM hematológica fue de 0.0% a 0.8% y la frecuencia de SPMs de tumores sólidos fue del 0.4% al 4.5%.

Aumento de la mortalidad en pacientes con MM cuando se agrega Pembrolizumab a un análogo de talidomida y dexametasona

En dos ensayos clínicos aleatorizados en pacientes con MM, la adición de pembrolizumab a un análogo de la talidomida más dexametasona, un uso para el que no está indicado el anticuerpo bloqueante PD-1 o PD L1, dio como resultado un aumento de la mortalidad. El tratamiento de pacientes con MM con un anticuerpo bloqueante PD-1 o PD-L1 en combinación con un análogo de talidomida más dexametasona no se recomienda fuera del ensayo clínico controlado.

Hepatotoxicidad

Se han presentado casos de insuficiencia hepática, incluyendo casos fatales, en los pacientes tratados con lenalidomida en combinación con dexametasona. En estudios clínicos el 15 % de los pacientes experimentó hepatotoxicidad (con características hepatocelulares, colestáticas y mixtas); 2 % de los pacientes con MM y el 1 % de los pacientes con Mielodisplasia tuvieron eventos serios de hepatotoxicidad.. Se desconoce el mecanismo de la hepatotoxicidad inducida por el medicamento. Entre los posibles factores de riesgo destacan las enfermedades virales hepáticas preexistentes, los elevados niveles iniciales de enzimas hepáticas y las medicaciones concomitantes. Se debe realizar un control periódico de las enzimas hepáticas e interrumpir la administración de Revlimid si se detecta elevación de dichas enzimas. Una vez alcanzados nuevamente los valores iniciales, se puede considerar la reanudación del tratamiento con una dosis más baja.

Lenalidomida se excreta por los riñones. Es importante ajustar la dosis a los pacientes con insuficiencia renal para evitar niveles plasmáticos que pueden aumentar el riesgo de efectos secundarios hematológicos o hepatotoxicidad más elevados. Se recomienda el control de la función hepática, especialmente cuando existe un historial de infección viral hepática o concurrente o cuando la lenalidomida se combina con medicamentos que se sabe están asociados con disfunción hepática.

Reacciones cutáneas severas que incluyen reacciones de hipersensibilidad Se informaron angioedema y reacciones cutáneas severas, incluso síndrome de Stevens-Johnson necrólisis epidérmica tóxica (TEN) y reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). DRESS puede presentarse con una reacción cutánea (como erupción cutánea o dermatitis exfoliativa), eosinofilia, fiebre y / o linfadenopatía con complicaciones sistémicas como hepatitis, nefritis, neumonitis, miocarditis y / o pericarditis.. Estos eventos pueden ser fatales. Los pacientes con antecedentes de erupción cutánea grado 4 asociada con el tratamiento con talidomida no deben recibir REVLIMID. Debe considerarse la interrupción o suspensión de REVLIMID por erupción cutánea grado 2-3. REVLIMID debe suspenderse en caso de angioedema, erupción cutánea grado 4, erupción cutánea exfoliativa o bullosa o si hay sospechas de síndrome de Stevens-Johnson, TEN o DRESS y no debe reanudarse después de la suspensión debido a estas reacciones.

Síndrome de lisis tumoral

Se informaron instancias fatales de síndrome de lisis tumoral durante el tratamiento con lenalidomida. Los pacientes en riesgo de síndrome de lisis tumoral son aquellos con alta carga tumoral antes del tratamiento. Estos pacientes deben seguirse de cerca y se deben tomar las precauciones debidas.

Reacción de llamarada en el tumor

Se produjo la reacción de llamarada en el tumor durante el uso de lenalidomida en la fase de investigación para tratar la leucemia linfocítica crónica (CCL, *Chronic Lymphocytic Leukemia*) y linfoma, y se caracteriza por una inflamación de los ganglios linfáticos, febrícula, dolor y erupción cutánea. REVLIMID no está indicado ni tampoco recomendado para LLC fuera de los ensayos clínicos controlados

Se recomienda el monitoreo y la evaluación de las reacciones de llamarada en el tumor en pacientes con LCM. La reacción de llamarada en el tumor puede imitar la progresión de la enfermedad (PE). En el ensayo de LCM, 13/134 (10%) de los pacientes experimentaron reacciones de llamarada; todos los casos notificados fueron de grado 1 o 2. Todos los episodios tuvieron lugar en el ciclo 1 y un paciente desarrolló reacciones de llamarada nuevamente en el ciclo 11. Se puede continuar la administración de lenalidomida en pacientes con reacciones de llamarada de grados 1 y 2 sin interrupción o modificación, según el criterio del médico. Los pacientes con reacciones de llamarada de grado 1 o 2 también pueden recibir tratamiento con corticoides, antiinflamatorios no esteroides (AINE) y/o analgésicos narcóticos para el manejo de los síntomas de la reacción de llamarada. En los pacientes con reacción de llamarada grado 3 o 4, se recomienda suspender el tratamiento con lenalidomida hasta que se resuelva la reacción de llamarada a \leq grado 1. Los pacientes con reacciones de llamarada de grado 3 o 4 pueden recibir tratamiento para el manejo de los síntomas según las directrices para el tratamiento de las reacciones de llamarada de grados 1 y 2.

Alteración de la movilización de células madre

Se informó una disminución de la cantidad de células CD34+ recolectadas después del tratamiento (> 4 ciclos) con REVLIMID. En pacientes que son candidatos al auto-HSCT, la derivación a un centro de trasplantes se debe realizar al principio del tratamiento para optimizar el momento de la recolección de células madre. En pacientes que recibieron más de 4 ciclos de un tratamiento de REVLIMID o para quienes se ha recolectado

una cantidad inadecuada de células CD34+ con G-CSF solo, se puede considerar G-CSF con ciclofosfamida o la combinación de G-CSF con un inhibidor CXCR4.

Trastornos tiroideos

Se han reportado hipotiroidismo e hipertiroidismo. Medir la función tiroidea antes del inicio del tratamiento con REVLIMID y durante la terapia.

Mortalidad prematura en pacientes con MCL

En otro estudio MCL, hubo un aumento en las muertes prematuras (dentro de las 20 semanas), 12.9% en el grupo REVLIMID versus 7.1% en el grupo control. En el análisis exploratorio multivariable, los factores de riesgo de muerte prematura incluyen una carga tumoral alta, una puntuación MIPI en el momento del diagnóstico y un recuento alto de leucocitos (WBC) al inicio ($\geq 10 \times 10^9 / l$).

Neuropatía periférica: [Ver Reacciones Adversas].

Electrofisiología cardíaca

Se ha observado la prolongación del intervalo QTc en el ECG durante el tratamiento con lenalidomida. El tratamiento concomitante con drogas que prolongan el intervalo QT y el tratamiento de pacientes con síndrome de QT largo solo deben realizarse con gran precaución y con un control de ECG regular (consulte "Propiedades / Efectos").

Efecto inmunosupresor

Lenalidomida tiene un fuerte efecto inmunosupresor. Por lo tanto, el tratamiento concomitante con otros agentes inmunomoduladores debe realizarse solo con precaución. El efecto de las vacunas puede verse afectado. No deben administrarse vacunas con organismos vivos durante el tratamiento con lenalidomida debido al riesgo de infección.

Intolerancia a la lactosa

Las cápsulas de Revlimid contienen lactosa. Los pacientes con una rara intolerancia hereditaria a la galactosa, deficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento.

Terapia combinada

Para otros medicamentos administrados en combinación con lenalidomida, consulte la información de prescripción correspondiente al producto.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Digoxina

Al co-administrar digoxina con dosis múltiples de REVLIMID (10 mg/día), la C_{max} y el $AUC_{0-\infty}$ de digoxina se incrementaron en un 14%. Durante la administración de REVLIMID, se recomienda el monitoreo periódico de los niveles plasmáticos de digoxina de acuerdo con el criterio clínico y sobre la base de la práctica clínica estándar en pacientes que reciben este medicamento.

Terapias concomitantes que pueden incrementar el riesgo de trombosis

Los agentes eritropoyéticos u otros agentes que pueden incrementar el riesgo de trombosis, como terapias que contienen estrógenos, deberían utilizarse con precaución luego de hacer una evaluación de riesgo-beneficio en pacientes con mieloma múltiple que reciben REVLIMID.

Warfarina

La co-administración de dosis múltiples de REVLIMID (10 mg/día) con una dosis única de warfarina (25 mg) no tuvo efecto sobre la farmacocinética de lenalidomida y R- y S-warfarina. Se observaron cambios esperados en las evaluaciones de laboratorio de tiempo de protrombina (PT, *Prothrombin Time*) y rango internacional normalizado (INR, *International Normalized Ratio*) luego de la administración de warfarina, pero estos cambios no se vieron afectados por la administración concomitante de REVLIMID. Se desconoce si hay interacción entre dexametasona y warfarina. En pacientes con MM que reciben warfarina en forma concomitante, se recomienda controlar el PT y el INR.

FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA

Registro de exposición

Embarazo

Hay un registro de exposición del embarazo que supervisa los resultados del embarazo en las mujeres expuestas a REVLIMID durante el embarazo, así como las parejas femeninas de los pacientes varones que están expuestos a REVLIMID. Este registro también se utiliza para entender la causa raíz para el embarazo.

Resumen de riesgo

Basándose en el mecanismo de acción y hallazgos de estudios en animales [ver Datos en animales], **REVLIMID puede causar daño embrionario y fetal cuando se administra a una mujer embarazada y está contraindicado durante el embarazo. REVLIMID es un análogo de la talidomida.**

Talidomida es un teratógeno humano, que induce una frecuencia alta de daños congénitos severos y con riesgo de vida, tales como amelia (ausencia de miembros), focomelia (miembros cortos), hipoplasia de los huesos, ausencia de huesos, anomalías externas del oído (incluidas anotía, micropinna, canales auditivos externos pequeños o ausentes), parálisis facial, anomalías del ojo (anoftalmía, microftalmía) y defectos cardíacos congénitos. También se han documentado malformaciones del tracto alimentario, urinario y de los genitales, y se ha reportado mortalidad en el nacimiento o inmediatamente después en aproximadamente el 40 % de los recién nacidos.

Lenalidomida provocó defectos en las extremidades similares a los provocados por talidomida en las crías de monas. La lenalidomida cruzó la placenta después de la administración a conejas embarazadas y ratas preñadas [ver datos en animales]. Si este fármaco se utiliza durante el embarazo o si la paciente queda embarazada mientras toma este fármaco, la paciente debe estar advertida respecto del posible riesgo para el feto.

Si el embarazo se produce durante el tratamiento, suspender el fármaco inmediatamente. Bajo estas condiciones, derive el paciente a un obstetra/ginecólogo experto en toxicidad reproductiva para mayor evaluación y asesoramiento. Cualquier sospecha de exposición fetal a REVLIMID debe informarse a la ANMAT al 0800-333-1234 y al Laboratorio Bristol Myers Squibb al 0800-666-1179 y /o por e-mail: infomedicalatam@bms.com

Se desconoce el riesgo de fondo estimado de los principales defectos congénitos y abortos espontáneos para
REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

la población indicada. El riesgo de fondo estimado en la población general de los Estados Unidos de los principales defectos de nacimiento es del 2% -4% y de aborto espontáneo es del 15%-20% de los embarazos clínicamente reconocidos.

Datos en animales

En un estudio de toxicidad del desarrollo embrionario en monos, se produjo teratogenicidad, incluso defectos en las extremidades similares a los causados por talidomida, en la cría cuando monas embarazadas recibieron lenalidomida oral durante la organogénesis. La exposición (AUC) en monos en la dosis más baja fue de 0,17 veces la exposición a la máxima dosis recomendada en humanos (MRHD, *Maximum Recommended Human Dose, por sus siglas en inglés*) de 25 mg. Estudios similares en conejas y ratas embarazadas a 20 veces y 200 veces la dosis máxima recomendada en humanos (MRHD) respectivamente evidenciaron embriofetalidad en conejas y ningún efecto adverso relacionado con la reproducción en ratas. En un estudio de desarrollo pre- y posnatal en ratas, los animales recibieron lenalidomida desde la organogénesis hasta la lactancia. El estudio reveló algunos efectos adversos en las crías de las ratas hembra tratadas con lenalidomida en dosis de hasta 500 mg/kg (aproximadamente 200 veces la dosis humana de 25 mg.sobre la base del área de superficie corporal). Las crías macho exhibieron un leve retraso en la madurez sexual y las crías hembra tuvieron aumentos de peso corporal levemente más bajos durante la gestación que las crías macho. Al igual que con talidomida, es posible que el modelo en ratas no aborde, de manera adecuada, todo el espectro de posibles efectos de lenalidomida sobre el desarrollo embrionario en humanos.

Después de la administración oral diaria de lenalidomida desde el día 7 de la gestación hasta el día 20 de la Gestación en conejas embarazadas, las concentraciones de lenalidomida en plasma fetal fueron de aproximadamente el 20-40% de la C_{max} materna. Después de una sola dosis oral a ratas embarazadas, se detectó lenalidomida en el plasma fetal y tejidos; las concentraciones de radiactividad en los tejidos fetales fueron generalmente inferiores a las de los tejidos maternos. Estos datos indicaron que la lenalidomida atravesaba la placenta.

Mujeres y varones de potencial reproductivo

Pruebas de Embarazo

REVLIMID puede causar daño fetal cuando se administra durante el embarazo (*ver Uso en Poblaciones Específicas*). Verifique el estado del embarazo de las mujeres con potencial reproductivo antes de iniciar el tratamiento con REVLIMID y durante el tratamiento. Aconseje a las mujeres con potencial reproductivo que deben evitar el embarazo 4 semanas antes del tratamiento, mientras están tomando REVLIMID, durante las interrupciones de la dosis y durante al menos 4 semanas después de completar el tratamiento.

Las mujeres con potencial reproductivo deben tener una (1) prueba de embarazo negativa antes de iniciar el tratamiento. La prueba de embarazo debe realizarse dentro de las 72 horas previas a la prescripción de la terapia de REVLIMID, y luego en forma mensual en mujeres con ciclos menstruales regulares o cada 2 semanas en mujeres con ciclos menstruales irregulares [*Ver Uso en Poblaciones Específicas*].

Una vez que el tratamiento ha comenzado y durante las interrupciones de la dosis, las pruebas de embarazo deben repetirse cada 4 semanas en mujeres con ciclos menstruales regulares. Si los ciclos menstruales son irregulares, la prueba de embarazo debe realizarse cada 2 semanas. Se debe realizar la prueba de embarazo y brindar asesoramiento si una paciente no tiene su período o si hay alguna anomalía en su sangrado menstrual. El tratamiento con REVLIMID debe ser discontinuado durante esta evaluación.

Anticoncepción

Mujeres.

Las mujeres con potencial reproductivo deben comprometerse a la abstención de forma continua de tener relaciones sexuales heterosexuales o al uso de 2 métodos de control de natalidad confiable simultáneamente: una forma altamente efectiva de anticoncepción: ligadura de trompas, DIU, hormonal (píldoras anticonceptivas, inyecciones, parches hormonales, anillos vaginales o implantes) y 1 método anticonceptivo eficaz adicional: látex masculino o preservativo sintético, diafragma o capuchón cervical. La anticoncepción debe comenzar 4 semanas antes de iniciar el tratamiento con REVLIMID, durante la terapia, durante las interrupciones de la dosis y continuar durante 4 semanas después de discontinuar el tratamiento con REVLIMID. La anticoncepción fiable está indicada incluso cuando ha habido un historial de infertilidad, a menos que sea consecuencia de una histerectomía. Las mujeres con potencial reproductivo deben ser referenciadas a un proveedor calificado de métodos anticonceptivos de ser necesario.

Varones

La lenalidomida está presente en el semen de los hombres que toman REVLIMID. Por lo tanto, los hombres deben usar siempre un condón de látex o sintético durante cualquier contacto sexual con las mujeres con potencial reproductivo mientras toman REVLIMID y hasta 4 semanas después de suspender REVLIMID, incluso si se han sometido a una vasectomía exitosa. Los pacientes varones que toman REVLIMID no deben donar esperma.

Lactancia

Resumen del riesgo

No hay información sobre la presencia de lenalidomida en la leche humana, los efectos de REVLIMID en el lactante amamantado, o los efectos de REVLIMID sobre la producción de leche. Debido a que muchos fármacos se excretan en la leche humana y debido a la posibilidad de reacciones adversas en lactantes de producidas por REVLIMID, aconseje a las mujeres a que no amamenten durante el tratamiento con REVLIMID.

TOXICOLOGÍA NO CLÍNICA

Carcinogénesis, mutagénesis, deterioro de la fertilidad

No se han realizado estudios de carcinogenicidad con lenalidomida.

Lenalidomida no fue mutagénica en la prueba de Ames de mutación bacteriana inversa y no indujo
REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

aberraciones cromosómicas en linfocitos de sangre periférica humana cultivados, o mutación en el locus timidina kinasa (tk) de células de linfoma de ratón L5178Y. Lenalidomida no incrementó la transformación morfológica en ensayo de embrión de hámster sirio ni indujo los micronúcleos en los eritrocitos policromáticos de médula ósea de ratas macho.

Un estudio de fertilidad y desarrollo embrionario temprano en ratas, con administración de lenalidomida hasta 500 mg/kg (aproximadamente 200 veces la dosis humana de 25 mg sobre la base del área de superficie corporal) no produjo toxicidad parental ni efectos adversos sobre la fertilidad.

En un estudio de toxicidad del desarrollo embriofetal en monos, se produjo teratogenicidad, incluso defectos en las extremidades similares a los causados por talidomida, en la cría cuando monas embarazadas recibieron lenalidomida oral durante la organogénesis. La exposición (AUC) en monos en la dosis más baja fue de 0,17 veces la exposición a la máxima dosis recomendada en humanos (MRHD, *Maximum Recommended Human Dose, por sus siglas en inglés*) de 25 mg. Estudios similares en conejas y ratas embarazadas a 20 veces y 200 veces la dosis máxima recomendada en humanos (MRHD) respectivamente evidenciaron embriofetalidad en conejas y ningún efecto adverso relacionado con la reproducción en ratas. En un estudio de desarrollo pre- y posnatal en ratas, los animales recibieron lenalidomida desde la organogénesis hasta la lactancia. El estudio reveló algunos efectos adversos en las crías de las ratas hembra tratadas con lenalidomida en dosis de hasta 500 mg/kg (aproximadamente 200 veces la dosis humana de 25 mg.sobre la base del área de superficie corporal). Las crías macho exhibieron un leve retraso en la madurez sexual y las crías hembra tuvieron aumentos de peso corporal levemente más bajos durante la gestación que las crías macho. Al igual que con talidomida, es posible que el modelo en ratas no aborde, de manera adecuada, todo el espectro de posibles efectos de lenalidomida sobre el desarrollo embriofetal en humanos.

USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

Uso pediátrico

No se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes pediátricos.

Uso geriátrico

MM en combinación: En general, de los 1613 pacientes del estudio de NDMM que recibieron tratamiento en el estudio, el 94% (1521/1613) tenía 65 años de edad o más, mientras que el 35% (561/1613) tenía más de 75 años de edad. El porcentaje de pacientes mayores de 75 años fue similar entre los grupos del estudio (Rd Continuous: 33%, Rd18: 34%, MPT: 33%). En general, en todos los grupos del tratamiento, la frecuencia en la mayoría de las categorías de AEs (por ejemplo, todos los AEs, AEs de grado 3/4 y AEs graves) fue más elevada en los mayores (> 75 años) que en los sujetos más jóvenes de (\leq 75 años de edad). Los AEs de Grado 3 o 4 en el sistema corporal de los trastornos generales y condiciones del sitio de la administración se informaron de forma consistente a una mayor frecuencia (con una diferencia de al menos el 5%) en los sujetos mayores que en los sujetos más jóvenes en todos los grupos de tratamiento. Los TEAEs de grado 3 o 4 de los sistemas corporales en las infecciones e infestaciones, los trastornos cardíacos (incluyendo insuficiencia cardíaca e insuficiencia cardíaca congestiva), los trastornos de la piel y de los tejidos subcutáneos y los trastornos renales y urinarios (incluyendo la insuficiencia renal) también se informaron ligeramente, pero consistentemente, con más frecuencia (<5% de diferencia), en sujetos mayores que en sujetos más jóvenes en todos los grupos de tratamiento. Para otros sistemas corporales (por ej., trastornos del sistema

sanguíneo y linfático, infecciones e infestaciones, trastornos cardíacos y trastornos vasculares), hubo una tendencia menos consistente de la frecuencia incrementada de los AEs de grado 3/4 en sujetos mayores frente a sujetos más jóvenes en todos los grupos de tratamiento. Los AEs graves se informaron generalmente con una frecuencia más alta en los sujetos mayores que en los sujetos más jóvenes en todos los grupos de tratamiento.

Terapia de mantenimiento para MM: En general, el 10% (106/1018) de los pacientes tenía 65 años de edad o más, mientras que ningún paciente tenía más de 75 años de edad. Los AEs de grado 3 o 4 fueron más altos en el grupo REVLIMID (más del 5% más alto) en los pacientes de 65 años de edad o más en comparación con los pacientes más jóvenes. La frecuencia de los AEs de grado 3 o 4 en los trastornos de la sangre y del sistema linfático fueron mayores en el grupo de REVLIMID (más alto del 5% más alto) en los pacientes de 65 años de edad o más en comparación con los pacientes más jóvenes. No hubo un número suficiente de pacientes de 65 años de edad o mayores en los estudios de mantenimiento de REVLIMID que experimentaran un AE grave o que discontinuaran la terapia debido a una AE para determinar si los pacientes ancianos responden de manera diferente a la seguridad, que los pacientes más jóvenes.

El MM después de por lo menos una terapia previa: De los 703 pacientes con MM que recibieron el tratamiento experimental en los estudios 1 y 2, el 45% tenían 65 años o más, mientras que el 12% de los pacientes tenían 75 años o más. El porcentaje de pacientes de 65 años o más no fue significativamente diferente entre los grupos con REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona. De los 353 pacientes que recibieron REVLIMID/dexametasona, el 46% tenía 65 años o más. En ambos estudios, los pacientes >65 años de edad fueron más propensos que los pacientes ≤65 años a experimentar trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, fibrilación auricular e insuficiencia renal luego del uso de REVLIMID. No se observaron diferencias en cuanto a la eficacia entre los pacientes mayores de 65 años de edad y los pacientes más jóvenes.

De los 148 pacientes con SMD relacionado con deleción del 5q reclutados en el estudio principal, el 38% tenían 65 años o más, mientras que el 33% tenía 75 años o más. Aunque la frecuencia global de eventos adversos (100%) fue la misma en pacientes mayores de 65 años de edad que en pacientes más jóvenes, la frecuencia de eventos adversos graves fue mayor en pacientes mayores de 65 años de edad que en pacientes más jóvenes (54% vs. 33%). Una mayor proporción de pacientes de más de 65 años de edad discontinuaron los estudios clínicos debido a eventos adversos en comparación con la proporción de pacientes más jóvenes (27% vs. 16%). No se observaron diferencias en cuanto a la eficacia entre los pacientes mayores de 65 años de edad y los pacientes más jóvenes.

De los 134 pacientes con MCL inscriptos en el ensayo de MCL, el 63 % tenía 65 años o más, mientras que el 22 % de los pacientes tenía 75 años o más. La frecuencia global de eventos adversos fue similar en pacientes de más de 65 años de edad y en pacientes más jóvenes (98 % vs. 100 %). La incidencia global de los eventos adversos de grado 3 y 4 también fue similar en estos 2 grupos de pacientes (79 % vs. 78 %, respectivamente). La frecuencia de eventos adversos fue más alta en pacientes de más de 65 años de edad que en pacientes más jóvenes (55 % vs. 41 %). No se observaron diferencias en la eficacia entre pacientes de más de 65 años de

edad y pacientes más jóvenes.

Como es más probable que en los pacientes de edad avanzada disminuya la función renal, se debe tener cuidado al elegir la dosis. Controlar la función renal.

Insuficiencia renal

Ajuste la dosis inicial de REVLIMID basándose en el valor de aclaramiento de creatinina y para los pacientes en diálisis (*ver Posología y Administración*).

REACCIONES ADVERSAS

Las siguientes reacciones adversas se describen en detalle en otras secciones de la información de prescripción:

- Toxicidad embrionaria y fetal; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Toxicidad hematológica; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Tromboembolia venosa y arterial; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Aumento de la mortalidad en pacientes con LLC; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Segundas neoplasias primarias; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Aumento de la mortalidad en pacientes con MM cuando se agrega Pembrolizumab a un análogo de la Talidomida y Dexametasona [*ver Advertencias y Precauciones*]
- Hepatotoxicidad; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Reacciones cutáneas severas que incluyen hipersensibilidad; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Síndrome de lisis tumoral; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Reacciones de llamarada en el tumor; [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Alteración de la movilización de células madre. [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Trastornos tiroideos [*Ver Advertencias y Precauciones*]
- Mortalidad prematura en pacientes con MCK [*ver Advertencias y Precauciones*]

Experiencia en ensayos clínicos

Dado que los ensayos clínicos se llevan a cabo bajo condiciones muy diversas, las tasas de reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos de un fármaco no pueden compararse directamente con las tasas de ensayos clínicos de otro fármaco y pueden no reflejar las tasas observadas en la práctica.

MM recientemente diagnosticado – Terapia de combinación con REVLIMID

Se evaluaron datos de 1613 pacientes en un estudio fase 3 de gran volumen que recibieron por lo menos una dosis de REVLIMID con dosis baja de dexametasona (Rd) administrada en 2 duraciones de tiempo diferentes (es decir, hasta enfermedad progresiva [Rama Rd Continuous; N = 532] o por hasta dieciocho ciclos de 28 días [72 semanas, Rama Rd18; N = 540] o que recibieron melfalán, prednisona y talidomida (Rama MPT; N = 541) por un máximo de doce ciclos de 42 días (72 semanas). La mediana de la duración del tratamiento en la rama Rd Continuous fue de 80,2 semanas (rango 0,7 a 246,7) o 18,4 meses (rango 0,16 a 56,7).

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

En general, las reacciones adversas informadas con más frecuencia fueron comparables en la rama Rd Continuous y en la rama Rd18, e incluyeron diarrea, anemia, constipación, edema periférico, neutropenia, fatiga, dolor de espalda, náuseas, astenia e insomnio. Las reacciones de Grado 3 o 4 informadas con más frecuencia incluyeron neutropenia, anemia, trombocitopenia, neumonía, astenia, fatiga, dolor de espalda, hipocalcemia, erupción cutánea, cataratas, linfopenia, disnea, TVP, hiperglucemia y leucopenia. La mayor frecuencia de infecciones se produjo en la rama Rd Continuous (75%) en comparación con la rama MPT (56%). Hubo más reacciones adversas por infecciones grado 3,4 y serias en la rama Rd Continuous que en la rama MPT o en la Rd18.

En la rama Rd Continuous, las reacciones adversas más frecuentes que conducen a la interrupción de la dosis de REVLIMID fueron eventos de infección (28,8%); en total, la mediana del tiempo hasta la primera interrupción de la dosis de REVLIMID fue de 7 semanas. Las reacciones adversas más frecuentes que condujeron a reducción de la dosis de Revlimid en la rama Rd Continuous fueron los eventos hematológicos (10,7%); en total, la mediana del tiempo hasta la primera reducción de la dosis de REVLIMID fue de 16 semanas. En la rama Rd Continuous, las reacciones adversas más frecuentes que condujeron a la discontinuación de REVLIMID fueron los eventos de infección (3,4%).

En ambas ramas Rd, las frecuencias de la aparición de reacciones adversas fueron en general mayores en los primeros 6 meses de tratamiento, y luego las frecuencias disminuyeron a lo largo del tiempo o se mantuvieron estables durante todo el tratamiento, excepto por las cataratas. La frecuencia de la aparición de cataratas aumentó a lo largo del tiempo con 0,7% durante los primeros 6 meses y hasta 9,6% hacia el segundo año de tratamiento con Rd Continuous.

La Tabla 12 resume las reacciones adversas informadas para las ramas de tratamiento Rd Continuous, Rd18 y MPT.

Tabla 12: Todas las reacciones adversas en $\geq 5,0\%$ y reacciones adversas de grado 3/4 en $\geq 1,0\%$ de los pacientes en las ramas Rd Continuous o Rd18*

Sistema corporal Reacción Adversa	Todas las reacciones adversas ^a			Reacciones adversas grado 3/4 ^b		
	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración						
Fatiga ^g	173 (32,5)	177 (32,8)	154 (28,5)	39 (7,3)	46 (8,5)	31 (5,7)
Astenia	150 (28,2)	123 (22,8)	124 (22,9)	41 (7,7)	33 (6,1)	32 (5,9)
Pirexia ^c	114 (21,4)	102 (18,9)	76 (14,0)	13 (2,4)	7 (1,3)	7 (1,3)
Dolor de tórax no cardíaco ^f	29 (5,5)	31 (5,7)	18 (3,3)	<1%	< 1%	< 1%
Trastornos gastrointestinales						
Diarrea	242 (45,5)	208 (38,5)	89 (16,5)	21 (3,9)	18 (3,3)	8 (1,5)
Dolor abdominal ^h	109 (20,5)	78 (14,4)	60 (11,1)	7 (1,3)	9 (1,7)	< 1%

Sistema corporal Reacción Adversa	Todas las reacciones adversas ^a			Reacciones adversas grado 3/4 ^b		
	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)
Dispepsia ^f	57 (10,7)	28 (5,2)	36 (6,7)	<1%	< 1%	0 (0,0)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo						
Dolor de espalda ^c	170 (32,0)	145 (26,9)	116 (21,4)	37 (7,0)	34 (6,3)	28 (5,2)
Espasmos musculares ^f	109 (20,5)	102 (18,9)	61 (11,3)	< 1%	< 1%	< 1%
Artralgia ^f	101 (19,0)	71 (13,1)	66 (12,2)	9 (1,7)	8 (1,5)	8 (1,5)
Dolor óseo ^f	87 (16,4)	77 (14,3)	62 (11,5)	16 (3,0)	15 (2,8)	14 (2,6)
Dolor en las extremidades ^f	79 (14,8)	66 (12,2)	61 (11,3)	8 (1,5)	8 (1,5)	7 (1,3)
Dolor musculoesquelético ^f	67 (12,6)	59 (10,9)	36 (6,7)	< 1%	< 1%	< 1%
Dolor de tórax musculoesquelético ^f	60 (11,3)	51 (9,4)	39 (7,2)	6 (1,1)	< 1%	< 1%
Debilidad muscular ^f	43 (8,1)	35 (6,5)	29 (5,4)	< 1%	8 (1,5)	< 1%
Dolor de cuello ^f	40 (7,5)	19 (3,5)	10 (1,8)	< 1%	< 1%	< 1%
Infecciones e infestaciones						
Bronquitis ^c	90 (16,9)	59 (10,9)	43 (7,9)	9 (1,7)	6 (1,1)	3 (0,6)
Nasofaringitis ^f	80 (15,0)	54 (10,0)	33 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Infección del tracto urinario ^f	76 (14,3)	63 (11,7)	41 (7,6)	8 (1,5)	8 (1,5)	< 1%
Infección del tracto respiratorio superior ^{c% f}	69 (13,0)	53 (9,8)	31 (5,7)	< 1%	8 (1,5)	< 1%
Neumonía ^{c@}	93 (17,5)	87 (16,1)	56 (10,4)	60 (11,3)	57 (10,5)	41 (7,6)
Infección del tracto respiratorio [%]	35 (6,6)	25 (4,6)	21 (3,9)	7 (1,3)	4 (0,7)	1 (0,2)
Gripe ^f	33 (6,2)	23 (4,3)	15 (2,8)	< 1%	< 1%	0 (0,0)
Gastroenteritis ^f	32 (6,0)	17 (3,1)	13 (2,4)	0 (0,0)	< 1%	< 1%
Infección del tracto respiratorio inferior	29 (5,5)	14 (2,6)	16 (3,0)	10 (1,9)	3 (0,6)	3 (0,6)
Rinitis ^f	29 (5,5)	24 (4,4)	14 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Celulitis ^c	< 5%	< 5%	< 5%	8 (1,5)	3 (0,6)	2 (0,4)
Sepsis ^{c@}	33 (6,2)	26 (4,8)	18 (3,3)	26 (4,9)	20 (3,7)	13 (2,4)
Trastornos del sistema nervioso						
Dolor de cabeza ^f	75 (14,1)	52 (9,6)	56 (10,4)	< 1%	< 1%	< 1%
Disgeusia ^f	39 (7,3)	45 (8,3)	22 (4,1)	< 1%	0 (0,0)	< 1%
Trastornos del sistema linfático y de la sangre^d						
Anemia	233 (43,8)	193 (35,7)	229 (42,3)	97 (18,2)	85 (15,7)	102 (18,9)
Neutropenia	186 (35,0)	178 (33,0)	328 (60,6)	148 (27,8)	143 (26,5)	243 (44,9)
Trombocitopenia	104 (19,5)	100 (18,5)	135 (25,0)	44 (8,3)	43 (8,0)	60 (11,1)

Sistema corporal Reacción Adversa	Todas las reacciones adversas ^a			Reacciones adversas grado 3/4 ^b		
	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)
Neutropenia febril	7 (1,3)	17 (3,1)	15 (2,8)	6 (1,1)	16 (3,0)	14 (2,6)
Pancitopenia	5 (0,9)	6 (1,1)	7 (1,3)	1 (0,2)	3 (0,6)	5 (0,9)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos						
Tos ^f	121 (22,7)	94 (17,4)	68 (12,6)	< 1%	< 1%	< 1%
Disnea ^{c,e}	117 (22,0)	89 (16,5)	113 (20,9)	30 (5,6)	22 (4,1)	18 (3,3)
Epistaxis ^f	32 (6,0)	31 (5,7)	17 (3,1)	< 1%	< 1%	0 (0,0)
Dolor orofaríngeo ^f	30 (5,6)	22 (4,1)	14 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Disnea por esfuerzo ^e	27 (5,1)	29 (5,4)	< 5%	6 (1,1)	2 (0,4)	0 (0,0)
Trastornos del metabolismo y de la nutrición						
Disminución del apetito	123 (23,1)	115 (21,3)	72 (13,3)	14 (2,6)	7 (1,3)	5 (0,9)
Hipocalemia [%]	91 (17,1)	62 (11,5)	38 (7)	35 (6,6)	20 (3,7)	11 (2,0)
Hiper glucemia	62 (11,7)	52 (9,6)	19 (3,5)	28 (5,3)	23 (4,3)	9 (1,7)
Hipocalcemia	57 (10,7)	56 (10,4)	31 (5,7)	23 (4,3)	19 (3,5)	8 (1,5)
Deshidratación [%]	25 (4,7)	29 (5,4)	17 (3,1)	8 (1,5)	13 (2,4)	9 (1,7)
Gota ^e	< 5%	< 5%	< 5%	8 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Diabetes mellitus ^{% e}	< 5%	< 5%	< 5%	8 (1,5)	4 (0,7)	2 (0,4)
Hipofosfatemia ^e	< 5%	< 5%	< 5%	7 (1,3)	3 (0,6)	1 (0,2)
Hiponatremia ^{% e}	< 5%	< 5%	< 5%	7 (1,3)	13 (2,4)	6 (1,1)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo						
Erupción cutánea	139 (26,1)	151 (28,0)	105 (19,4)	39 (7,3)	38 (7,0)	33 (6,1)
Prurito ^f	47 (8,8)	49 (9,1)	24 (4,4)	< 1%	< 1%	< 1%
Trastornos psiquiátricos						
Insomnio	147 (27,6)	127 (23,5)	53 (9,8)	4 (0,8)	6 (1,1)	0 (0,0)
Depresión	58 (10,9)	46 (8,5)	30 (5,5)	10 (1,9)	4 (0,7)	1 (0,2)
Trastornos vasculares						
Trombosis venosa profunda ^{c%}	55 (10,3)	39 (7,2)	22 (4,1)	30 (5,6)	20 (3,7)	15 (2,8)
Hipotensión ^{c%}	51 (9,6)	35 (6,5)	36 (6,7)	11 (2,1)	8 (1,5)	6 (1,1)
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos						
Caída ^f	43 (8,1)	25 (4,6)	25 (4,6)	< 1%	6 (1,1)	6 (1,1)
Contusión ^f	33 (6,2)	24 (4,4)	15 (2,8)	< 1%	< 1%	0 (0,0)
Trastornos oculares						
Cataratas	73 (13,7)	31 (5,7)	5 (0,9)	31 (5,8)	14 (2,6)	3 (0,6)
Cataratas subcapsulares ^e	< 5%	< 5%	< 5%	7 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Exploraciones complementarias						

Sistema corporal Reacción Adversa	Todas las reacciones adversas ^a			Reacciones adversas grado 3/4 ^b		
	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)	Rd Continuous (N = 532)	Rd18 (N = 540)	MPT (N = 541)
Disminución del peso	72 (13,5)	78 (14,4)	48 (8,9)	11 (2,1)	4 (0,7)	4 (0,7)
Trastornos cardiacos						
Fibrilación auricular ^c	37 (7,0)	25 (4,6)	25 (4,6)	13 (2,4)	9 (1,7)	6 (1,1)
Infarto de miocardio (incluido el agudo) ^{c,e}	< 5%	< 5%	< 5%	10 (1,9)	3 (0,6)	5 (0,9)
Trastornos renales y urinarios						
Insuficiencia renal (incluida la aguda) ^{c,@,f}	49 (9,2)	54 (10,0)	37 (6,8)	28 (5,3)	33 (6,1)	29 (5,4)
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incl. quistes y pólipos)						
Carcinoma de células escamosas ^c	< 5%	< 5%	< 5%	8 (1,5)	4 (0,7)	0 (0,0)
Carcinoma de células basales ^{c,e,f}	< 5%	< 5%	< 5%	< 1%	< 1%	0 (0,0)

Nota: Un sujeto con múltiples ocurrencias de una reacción adversa es contabilizado una sola vez bajo el SOC/PT aplicable. Sistema Corporal / Reacción Adversa.

^a Todas las reacciones adversas emergentes del tratamiento en por lo menos 5,0% de los sujetos en las ramas Rd Continuous o Rd18 y una frecuencia por lo menos 2,0% mayor (%) en las ramas Rd Continuous o Rd18 en comparación con la rama MPT.

^b Todas las reacciones adversas emergentes del tratamiento de grado 3 o 4 en por lo menos 1,0% de los sujetos en las ramas Rd Continuous o Rd18 y una frecuencia por lo menos 1,0% mayor (%) en cualquiera de las ramas Rd Continuous o Rd18 en comparación con la rama MPT.

^c Reacciones adversas serias emergentes del tratamiento en por lo menos 1,0% de los sujetos en las ramas Rd Continuous o Rd18 y una frecuencia por lo menos 1,0% mayor (%) en cualquiera de las ramas Rd Continuous o Rd18 en comparación con la rama MPT.

^d Los términos preferentes para el Sistema corporal y trastornos de la sangre y del sistema linfático se incluyeron por criterio médico como reacciones adversas conocidas para Rd Continuous/Rd18, y también se han informado como serias.

^e Nota a pie de página “a” no aplicable

^f Nota a pie de página “b” no aplicable.

@ - reacciones adversas en las cuales por lo menos una resultó fatal

% - reacciones adversas en las cuales por lo menos una se consideró de amenaza de vida (si el resultado de la reacción fue la muerte, se incluyó con los casos de muerte)

*Las reacciones adversas incluidas en los términos de reacciones adversas combinadas:

Dolor abdominal: dolor abdominal, dolor abdominal superior, dolor abdominal inferior, dolor gastrointestinal

Neumonías: neumonía, neumonía lobar, neumonía neumocócica, bronconeumonía, neumonía por

pneumocystis jiroveci, neumonía por legionella, neumonía estafilocócica, neumonía por klebsiella, neumonía atípica, neumonía bacteriana, neumonía por escherichia, neumonía estreptocócica, neumonía viral

Sepsis: Sepsis, shock séptico, urosepsis, sepsis por escherichia, sepsis neutropénica, sepsis neumocócica, sepsis estafilocócica, sepsis bacteriana, sepsis meningocócica, sepsis enterocócica, sepsis por klebsiella, sepsis por pseudomonas

Erupción cutánea: erupción cutánea, erupción cutánea pruriginosa, erupción cutánea eritematosa, erupción cutánea maculopapular, erupción cutánea generalizada, erupción cutánea papular, erupción cutánea exfoliativa, erupción cutánea folicular, erupción cutánea macular, erupción por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos, eritema multiforme, erupción cutánea pustular

Trombosis venosa profunda: trombosis venosa profunda, trombosis venosa de las extremidades, trombosis venosa.

MM recientemente diagnosticada - Terapia de mantenimiento con Revlimid después de Auto-HSCT:

Los datos fueron evaluados en 1018 pacientes en dos ensayos aleatorios quienes recibieron al menos una dosis de REVLIMID 10 mg diarios como terapia de mantenimiento después de auto-HSCT hasta la enfermedad progresiva o toxicidad inaceptable. La duración media del tratamiento con REVLIMID fue de 30,3 meses para el Estudio de Mantenimiento 1 y 24,0 meses para el Estudio de Mantenimiento 2 (rango general en ambos estudios de 0,1 a 108 meses). A partir de la fecha de corte del 1 de marzo de 2015, 48 pacientes (21%) en el grupo del Estudio de Mantenimiento 1 de REVLIMID estaban todavía en tratamiento y ninguno de los pacientes en el grupo del Estudio de Mantenimiento 2 de REVLIMID a estaba aún en tratamiento en la misma fecha de corte.

Las reacciones adversas incluidas en el Estudio de Mantenimiento 1 incluyeron los eventos reportados después del trasplante (conclusión de altas dosis de melfalán / auto-HSCT) y el período de tratamiento de mantenimiento. En el Estudio de Mantenimiento 2, las reacciones adversas fueron sólo del período del tratamiento de mantenimiento. En general, las reacciones adversas más frecuentes (más del 20% en el grupo REVLIMID) en ambos estudios fueron neutropenia, trombocitopenia, leucopenia, anemia, infección del tracto respiratorio superior, bronquitis, nasofaringitis, tos, gastroenteritis, diarrea, rash, fatiga, astenia, espasmo muscular y pirexia. Las reacciones de grado 3 o 4 más frecuentes (más del 20% en el grupo REVLIMID) incluyeron neutropenia, trombocitopenia y leucopenia. Las reacciones adversas graves de infección pulmonar y neutropenia (más del 4,5%) se produjeron en el grupo de REVLIMID.

Para REVLIMID, las reacciones adversas más comunes que condujeron a la interrupción de la dosis fueron eventos hematológicos (29,7%, datos disponibles sólo en el Estudio de Mantenimiento 2). Las reacciones adversas más frecuente que condujeron a la reducción de la dosis de REVLIMID fueron eventos hematológicos (17,7%, datos disponibles sólo en el Estudio de Mantenimiento 2). Las reacciones adversas más frecuentes que condujeron a la discontinuación de REVLIMID fueron trombocitopenia (2,7%) en el Estudio de Mantenimiento 1 y neutropenia (2,4%) en el Estudio de Mantenimiento 2.

Las frecuencias de la aparición de reacciones adversas fueron generalmente más altas en los primeros 6 meses de tratamiento y luego las frecuencias disminuyeron con el tiempo o se mantuvieron estables durante el tratamiento.

La Tabla 13 resume las reacciones adversas notificadas para los grupos de tratamiento de REVLIMID y de mantenimiento con placebo.

Tabla 13: Todas las reacciones adversas en el $\geq 5.0\%$ y de Grado 3/4 en el $\geq 1.0\%$ de los pacientes en los grupos de REVLIMID frente a Placebo *

Reacción adversa Sistema corporal	Estudio de Mantenimiento 1				Estudio de Mantenimiento 2			
	Todas las reacciones adversas [a]		Reacciones adversas Grado 3/4 [b]		Todas las reacciones adversas [a]		Grade 3/4 Adverse Reactions [b]	
	REVLIMID (N=224) n (%)	Placebo (N=221) n (%)	REVLIMID (N=224) n (%)	Placebo (N=221) n (%)	REVLIMID (N=293) n (%)	Placebo (N=280) n (%)	REVLIMID (N=293) n (%)	Placebo (N=280) n (%)
Trastornos sanguíneos y linfáticos								
Neutropenia ^c %	177 (79.0)	94 (42.5)	133 (59.4)	73 (33.0)	178 (60.8)	33 (11.8)	158 (53.9)	21 (7.5)
Trombocitopenia ^c %	162 (72.3)	101 (45.7)	84 (37.5)	67 (30.3)	69 (23.5)	29 (10.4)	38 (13.0)	8 (2.9)
Leucopenia ^e	51 (22.8)	25 (11.3)	45 (20.1)	22 (10.0)	93 (31.7)	21 (7.5)	71 (24.2)	5 (1.8)
Anemia	47 (21.0)	27 (12.2)	23 (10.3)	18 (8.1)	26 (8.9)	15 (5.4)	11 (3.8)	3 (1.1)
Linfopenia	40 (17.9)	29 (13.1)	37 (16.5)	26 (11.8)	13 (4.4)	3 (1.1)	11 (3.8)	2 (0.7)
Pancitopenia ^{c d} %	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (4.1)	1 (0.4)	7 (2.4)	1 (0.4)
Neutropenia febril ^e	39 (17.4)	34 (15.4)	39 (17.4)	34 (15.4)	7 (2.4)	1 (0.4)	5 (1.7)	1 (0.4)
Infecciones e Infestaciones^f								
Infección del tracto respiratorio superior ^e	60 (26.8)	35 (15.8)	7 (3.1)	9 (4.1)	32 (10.9)	18 (6.4)	1 (0.3)	0 (0.0)
Infección neutropénica	40 (17.9)	19 (8.6)	27 (12.1)	14 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Neumonías* ^c %	31 (13.8)	15 (6.8)	23 (10.3)	7 (3.2)	50 (17.1)	13 (4.6)	27 (9.2)	5 (1.8)
Bronquitis ^e	10 (4.5)	9 (4.1)	1 (0.4)	5 (2.3)	139 (47.4)	104 (37.1)	4 (1.4)	1 (0.4)
Nasofaringitis ^e	5 (2.2)	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	102 (34.8)	84 (30.0)	1 (0.3)	0 (0.0)
Gastroenteritis ^e	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	66 (22.5)	55 (19.6)	6 (2.0)	0 (0.0)
Rinitis ^e	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	44 (15.0)	19 (6.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Sinusitis ^e	8 (3.6)	3 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	41 (14.0)	26 (9.3)	0 (0.0)	1 (0.4)
Gripe ^e	8 (3.6)	5 (2.3)	2 (0.9)	1 (0.5)	39 (13.3)	19 (6.8)	3 (1.0)	0 (0.0)

Infección pulmonar ^e	21 (9.4)	2 (0.9)	19 (8.5)	2 (0.9)	9 (3.1)	4 (1.4)	1 (0.3)	0 (0.0)
Infección del tracto respiratorio inferior ^e	13 (5.8)	5 (2.3)	6 (2.7)	4 (1.8)	4 (1.4)	4 (1.4)	0 (0.0)	2 (0.7)
Infección ^e	12 (5.4)	6 (2.7)	9 (4.0)	5 (2.3)	17 (5.8)	5 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Infección del tracto urinario ^{e d}	9 (4.0)	5 (2.3)	4 (1.8)	4 (1.8)	22 (7.5)	17 (6.1)	1 (0.3)	0 (0.0)
Infección bacteriana del tracto respiratorio inferior ^d	6 (2.7)	1 (0.5)	4 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Bacteriemia ^d	5 (2.2)	0 (0.0)	4 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Infección de herpes ^{e d}	11 (4.9)	10 (4.5)	3 (1.3)	2 (0.9)	29 (9.9)	25 (8.9)	6 (2.0)	2 (0.7)
Sepsis* ^{c d @}	2 (0.9)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.0)	1 (0.4)	4 (1.4)	1 (0.4)
Trastornos Gastrointestinales								
Diarrea	122 (54.5)	83 (37.6)	22 (9.8)	17 (7.7)	114 (38.9)	34 (12.1)	7 (2.4)	0 (0.0)
Náuseas ^e	33 (14.7)	22 (10.0)	16 (7.1)	10 (4.5)	31 (10.6)	28 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Vómitos	17 (7.6)	12 (5.4)	8 (3.6)	5 (2.3)	16 (5.5)	15 (5.4)	1 (0.3)	0 (0.0)
Constipación ^e	12 (5.4)	8 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	37 (12.6)	25 (8.9)	2 (0.7)	0 (0.0)
Dolor abdominal ^e	8 (3.6)	7 (3.2)	1 (0.4)	4 (1.8)	31 (10.6)	15 (5.4)	1 (0.3)	1 (0.4)

Dolor abdominal superior ^e	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (6.8)	12 (4.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración								
Astenia	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	87 (29.7)	53 (18.9)	10 (3.4)	2 (0.7)
Fatiga	51 (22.8)	30 (13.6)	21 (9.4)	9 (4.1)	31 (10.6)	15 (5.4)	3 (1.0)	0 (0.0)
Pirexia ^e	17 (7.6)	10 (4.5)	2 (0.9)	2 (0.9)	60 (20.5)	26 (9.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo								
Piel seca ^e	9 (4.0)	4 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (10.6)	21 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Erupción cutánea	71 (31.7)	48 (21.7)	11 (4.9)	5 (2.3)	22 (7.5)	17 (6.1)	3 (1.0)	0 (0.0)
Prurito	9 (4.0)	4 (1.8)	3 (1.3)	0 (0.0)	21 (7.2)	25 (8.9)	2 (0.7)	0 (0.0)
Trastornos del Sistema nervioso								
Parestesia ^e	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	39 (13.3)	30 (10.7)	1 (0.3)	0 (0.0)
Neuropatía Periférica* ^e	34 (15.2)	30 (13.6)	8 (3.6)	8 (3.6)	29 (9.9)	15 (5.4)	4 (1.4)	2 (0.7)
Dolor de cabeza ^d	11 (4.9)	8 (3.6)	5 (2)	1 (0.5)	25 (8.5)	21 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Investigaciones								
Aumento de la alanina aminotransferasa	16 (7.1)	3 (1.4)	8 (3.6)	0 (0.0)	5 (1.7)	5 (1.8)	0 (0.0)	1 (0.4)

Aumento de la aspartato aminotransferasa ^d	13 (5.8)	5 (2.3)	6 (2.7)	0 (0.0)	2 (0.7)	5 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Trastornos del metabolismo y la nutrición								
Hipopotasemia	24 (10.7)	13 (5.9)	16 (7.1)	12 (5.4)	12 (4.1)	1 (0.4)	2 (0.7)	0 (0.0)
Deshidratación	9 (4.0)	5 (2.3)	7 (3.1)	3 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hipofosfatemia ^d	16 (7.1)	15 (6.8)	13 (5.8)	14 (6.3)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo								
Espasmos musculares ^e	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	98 (33.4)	43 (15.4)	1 (0.3)	0 (0.0)
Mialgia ^e	7 (3.1)	8 (3.6)	3 (1.3)	5 (2.3)	19 (6.5)	12 (4.3)	2 (0.7)	1 (0.4)
Dolor musculoesquelético ^e	1 (0.4)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (6.5)	11 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
Trastornos Hepatobiliares								
Hiperbilirrubinemia ^e	34 (15.2)	19 (8.6)	4 (1.8)	2 (0.9)	4 (1.4)	1 (0.4)	2 (0.7)	0 (0.0)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos								
Tos ^e	23 (10.3)	12 (5.4)	3 (1.3)	1 (0.5)	80 (27.3)	56 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Disnea ^{c e}	15 (6.7)	9 (4.1)	8 (3.6)	4 (1.8)	17 (5.8)	9 (3.2)	2 (0.7)	0 (0.0)
Rinorrea ^e	0 (0.0)	3 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (5.1)	6 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Embolia pulmonar ^{c d e}	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.7)	0 (0.0)
Trastornos vasculares								
Trombosis venosa profunda* ^{c d %}	8 (3.6)	2 (0.9)	5 (2.2)	2 (0.9)	7 (2.4)	1 (0.4)	4 (1.4)	1 (0.4)
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)								
Síndrome mielodisplásico ^{c d e}	5 (2.2)	0 (0.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	3 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)

Nota: Los AE se codifican en el sistema corporal / reacción adversa usando MedDRA v15.1. Un sujeto con múltiples apariciones de un AE se cuenta sólo una vez en cada categoría de AE.

- ^a Todos los AEs emergentes del tratamiento en al menos el 5% de los pacientes del grupo de mantenimiento con Lenalidomida y al menos 2% más frecuentes (%) que el grupo de mantenimiento con placebo.
- ^b Todos los AEs de grado 3 o 4 emergentes en el tratamiento en al menos el 1% de los pacientes del grupo de mantenimiento con Lenalidomida y al menos el 1% más frecuentes (%) que el grupo de mantenimiento con placebo.
- ^c Todos los AEs graves emergentes del tratamiento en al menos el 1% de los pacientes del grupo de mantenimiento con Lenalidomida y al menos el 1% más frecuentes (%) que el grupo de mantenimiento con placebo.
- ^d Nota al pie de página "a" no aplicable para ninguno de los estudios.
- ^e Nota al pie de página "b" no aplicable para ningún estudio.
- @ ADRs donde al menos uno tuvo resultado fatal.
- % ADRs donde por lo menos uno fue considerado como una amenaza para la vida (si el resultado del evento fue la muerte, se incluye con los casos de muerte).

Todas las reacciones adversas bajo el Sistema Corporal de Infecciones e Infestaciones excepto las infecciones raras de interés para la Salud Pública serán consideradas catalogadas.

* Reacciones adversas para términos de ADR combinados (basados en TEAE PTs relevantes incluidos en los Estudios de Mantenimiento 1 y 2 [según MedDRA v 15.1]):

Neumonías: Bronconeumonía, Neumonía de Lobar, Neumonía por Pneumocystis jiroveci, Pneumonia klebsiella, Pneumonia legionella, Neumonía micoplasmal, Neumonía neumocócica, Neumonía estreptocócica, Neumonía viral, Trastorno pulmonar, Neumonitis
Sepsis: sepsis bacteriana, sepsis neumocócica, sepsis, choque séptico, sepsis estafilocócica
Neuropatía periférica: Neuropatía periférica, Neuropatía motora periférica, Neuropatía sensitiva periférica, Polineuropatía
Trombosis venosa profunda: Trombosis venosa profunda, Trombosis, Trombosis venosa

Después de por lo menos una terapia previa para MM

En dos estudios, se evaluaron datos de 703 pacientes, quienes recibieron por lo menos una dosis de REVLIMID/dexametasona (353 pacientes) o placebo/dexametasona (350 pacientes).

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

En el grupo de tratamiento REVLIMID/dexametasona, 269 pacientes (76%) tuvieron por lo menos una interrupción de la dosis con o sin reducción de la dosis de REVLIMID en comparación con 199 pacientes (57%) en el grupo de tratamiento placebo/dexametasona. De estos pacientes que tuvieron una interrupción de la dosis con o sin reducción de la dosis, el 50% del grupo de tratamiento REVLIMID/dexametasona tuvo por lo menos una interrupción adicional de la dosis con o sin reducción de la dosis en comparación con el 21% en el grupo de tratamiento placebo/dexametasona. La mayoría de las reacciones adversas y las reacciones adversas grados 3/4 fueron más frecuentes en los pacientes que recibieron la combinación de REVLIMID/dexametasona en comparación con placebo/dexametasona.

Las tablas 14, 15 y 16 resumen las reacciones adversas informadas para los grupos REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona.

Tabla 14: Reacciones adversas informadas en $\geq 5\%$ de los pacientes y con una diferencia $\geq 2\%$ en el porcentaje de pacientes entre los grupos REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona		
Sistema Corporal	REVLIMID/Dex*	Placebo/Dex*
Reacciones adversas	(N = 353)	(N = 350)
	n (%)	n (%)
Trastornos del sistema linfático y de la sangre		
Neutropenia ^o	149 (42,2)	22 (6,3)
Anemia [@]	111 (31,4)	83 (23,7)
Trombocitopenia [@]	76 (21,5)	37 (10,6)
Leucopenia	28 (7,94)	4 (1,1)
Linfopenia	19 (5,4)	5 (1,4)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		
Fatiga	155 (43,9)	146 (41,7)
Pirexia	97 (27,5)	82 (23,4)
Edema periférico	93 (26,3)	74 (21,1)
Dolor en el pecho	29 (8,2)	20 (5,7)
Letargia	24 (6,8)	8 (2,3)
Trastornos gastrointestinales		
Constipación	143 (40,5)	74 (21,1)
Diarrea [@]	136 (38,5)	96 (27,4)
Náuseas [@]	92 (26,1)	75 (21,4)
Vómitos [@]	43 (12,2)	33 (9,4)
Dolor abdominal [@]	35 (9,9)	22 (6,3)
Boca seca	25 (7,1)	13 (3,7)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo		
Calambre muscular	118 (33,4)	74 (21,1)
Dolor de espalda	91 (25,8)	65 (18,6)

Dolor en los huesos	48 (13,6)	39 (11,1)
Dolor en las extremidades	42 (11,9)	32 (9,1)
Trastornos del sistema nervioso		
Mareos	82 (23,2)	59 (16,9)
Temblor	75 (21,2)	26 (7,4)
Disgeusia	54 (15,3)	34 (9,7)
Hipoaestesia	36 (10,2)	25 (7,1)
Neuropatía ^a	23 (6,5)	13 (3,7)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Disnea	83 (23,5)	60 (17,1)
Nasofaringitis	62 (17,6)	31 (8,9)
Faringitis	48 (13,6)	33 (9,4)
Bronquitis	40 (11,3)	30 (8,6)
Infecciones^b e infestaciones		
Infección del tracto respiratorio superior	87 (24,6)	55 (15,7)
Neumonía [@]	48 (13,6)	29 (8,3)
Infección del tracto urinario	30 (8,5)	19 (5,4)
Sinusitis	26 (7,4)	16 (4,6)
Trastornos cutáneos y del tejido subcutáneo		
Erupción cutánea ^c	75 (21,2)	33 (9,4)
Incremento de la transpiración	35 (9,9)	25 (7,1)
Piel seca	33 (9,3)	14 (4,0)
Prurito	27 (7,6)	18 (5,1)
Trastornos del metabolismo y nutrición		
Anorexia	55 (15,6)	34 (9,7)
Hipocalemia	48 (13,6)	21 (6,0)
Hipocalcemia	31 (8,8)	10 (2,9)
Disminución del apetito	24 (6,8)	14 (4,0)
Deshidratación	23 (6,5)	15 (4,3)
Hipomagnesemia	24 (6,8)	10 (2,9)
Exploraciones complementarias		
Disminución de peso	69 (19,5)	52 (14,9)
Trastornos oculares		
Visión borrosa	61 (17,3)	40 (11,4)
Trastornos vasculares		
Trombosis venosa profunda [%]	33 (9,3)	15 (4,3)
Hipertensión	28 (7,9)	20 (5,7)
Hipotensión	25 (7,1)	15 (4,3)

Tabla 15: Reacciones adversas grado 3/4 informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes y con una diferencia $\geq 1\%$ en el porcentaje de pacientes entre los grupos REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona

Sistema corporal	REVLIMID/Dex[#]	Placebo/Dex[#]
Reacción adversa	(N = 353)	(N = 350)
	n (%)	n (%)
Trastornos del sistema linfático y de la sangre		
Neutropenia [%]	118 (33,4)	12 (3,4)
Trombocitopenia [@]	43 (12,2)	22 (6,3)
Anemia [@]	35 (9,9)	20 (5,7)
Leucopenia	14 (4,0)	1 (0,3)
Linfopenia	10 (2,8)	4 (1,1)
Neutropenia febril [%]	8 (2,3)	0 (0,0)
Trastornos generales y alteraciones del lugar de administración		
Fatiga	23 (6,5)	17 (4,9)
Trastornos vasculares		
Trombosis venosa profunda [%]	29 (8,2)	12 (3,4)
Infecciones^b e infestaciones		
Neumonía [@]	30 (8,5)	19 (5,4)
Infección del tracto urinario	5 (1,4)	1 (0,3)
Trastornos del metabolismo y la nutrición		
Hipocalemia	17 (4,8)	5 (1,4)
Hipocalcemia	13 (3,7)	6 (1,7)
Hipofosfatemia	9 (2,5)	0 (0,0)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Embolia pulmonar [@]	14 (4,0)	3 (0,9)
Distrés respiratorio [@]	4 (1,1)	0 (0,0)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		
Debilidad muscular	20 (5,7)	10 (2,9)
Trastornos gastrointestinales		
Diarrea [@]	11 (3,1)	4 (1,1)
Constipación	7 (2,0)	1 (0,3)
Náuseas [@]	6 (1,7)	2 (0,6)
Trastornos cardíacos		
Fibrilación auricular [@]	13 (3,7)	4 (1,1)

Taquicardia	6 (1,7)	1 (0,3)
Insuficiencia cardíaca congestiva [@]	5 (1,4)	1 (0,3)
Trastornos del sistema nervioso		
Síncope	10 (2,8)	3 (0,9)
Mareos	7 (2,0)	3 (0,9)
Trastornos oculares		
Cataratas	6 (1,7)	1 (0,3)
Catarata unilateral	5 (1,4)	0 (0,0)
Trastorno psiquiátrico		
Depresión	10 (2,8)	6 (1,7)

Tabla 16: Reacciones adversas graves reportadas en $\geq 1\%$ de los pacientes y con una diferencia $\geq 1\%$ en el porcentaje de pacientes entre los grupos REVLIMID/dexametasona y placebo/dexametasona

Sistema corporal	REVLIMID/Dex^{&}	Placebo/Dex^{&}
Reacción adversa	(N = 353)	(N = 350)
	n (%)	n (%)
Trastornos del sistema linfático y de la sangre		
Neutropenia febril [%]	6 (1,7)	0 (0,0)
Trastornos vasculares		
Trombosis venosa profunda [%]	26 (7,4)	11 (3,1)
Infecciones^b e infestaciones		
Neumonía	33 (9,3)	21 (6,0)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Embolia pulmonar [@]	13 (3,7)	3 (0,9)
Trastornos cardíacos		
Fibrilación auricular [@]	11 (3,1)	2 (0,6)
Insuficiencia cardíaca congestiva [@]	5 (1,4)	0 (0,00)
Trastornos del sistema nervioso		
Accidente cerebrovascular [@]	7 (2,0)	3 (0,9)
Trastornos gastrointestinales		
Diarrea [@]	6 (1,7)	2 (0,6)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		
Dolor de hueso	4 (1,1)	0 (0,0)

Para las tablas 14, 15 y 16 de arriba:

[@] reacciones adversas en las cuales por lo menos una resultó fatal.

[%] reacciones adversas en las cuales por lo menos una se consideró que puso en peligro la vida (si el resultado

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

de la reacción fue muerte, se incluye en los casos de muerte) .

La mediana de duración de exposición entre los pacientes tratados con REVLIMID/dexametasona fue 44 semanas, mientras que la mediana de duración de exposición entre los pacientes tratados con placebo/dexametasona fue 23 semanas. Esto debería considerarse cuando se compara la frecuencia de reacciones adversas entre los dos grupos de tratamiento REVLIMID/dexametasona vs. placebo/dexametasona.

Tromboembolia venosa y arterial

TEV y TEA están aumentados en pacientes tratados con REVLIMID

La trombosis venosa profunda se informó como una reacción adversa grave (7,4%) o severa (8,2%) en una mayor proporción en el grupo REVLIMID/dexametasona en comparación con el 3,1% y el 3,4% en el grupo placebo/dexametasona, respectivamente en los 2 estudios en pacientes con por lo menos 1 terapia previa, con discontinuación debido a reacciones adversas relacionadas con la trombosis venosa profunda informadas en proporciones comparables entre los grupos. En el estudio NDMM, se informó trombosis venosa profunda como una reacción adversa (todos los grados: 10,3%, 7,2%, 4,1%), como una reacción adversa seria (3,6%, 2,0%, 1,7%), y como una reacción adversa de grado 3/4 (5,6%, 3,7%, 2,8%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente. Las discontinuaciones y las reducciones de la dosis debido a reacciones adversas de trombosis venosa profunda se informaron a tasas comparables entre las ramas Rd Continuous y Rd18 (ambas < 1%). La interrupción del tratamiento de REVLIMID por reacciones adversas de trombosis venosa profunda se informó a tasas comparables entre las ramas Rd Continuous (2,3%) y Rd18 (1,5%).

La embolia pulmonar (EP) se informó como una reacción adversa seria (3,7%) o de grados 3/4 (4,0%) en una proporción mayor en el grupo REVLIMID/dexametasona en comparación con el 0,9% en el grupo placebo/dexametasona en los 2 estudios en pacientes con por lo menos 1 terapia previa, con discontinuación debido a reacciones adversas relacionadas con la trombosis venosa profunda informadas en proporciones comparables entre los grupos. En el estudio NDMM, se informó trombosis venosa profunda como una reacción adversa (todos los grados: 10,3%, 7,2%, 4,1%), como una reacción adversa seria (3,6%, 2,0%, 1,7%), y como una reacción adversa de grado 3/4 (5,6%, 3,7%, 2,8%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente.

El infarto de miocardio se informó como una reacción adversa seria (1,7%) o severa (1,7%) en una tasa más alta en el grupo de REVLIMID/dexametasona en comparación con 0,6% y 0,6% respectivamente, en el grupo placebo/dexametasona. La discontinuación debido a reacciones adversas de infarto de miocardio (incluido el agudo) fue de 0,8% en el grupo de REVLIMID/dexametasona y ninguna en el grupo placebo/dexametasona. En el estudio NDMM, se informó infarto de miocardio (incluido el agudo) como una reacción adversa (todos los grados: 2,4%, 0,6% y 1,1%), como una reacción adversa seria (2,3%, 0,6% y 1,1%), o como una reacción adversa severa (1,9%, 0,6% y 0,9%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente

Se informó ACV como una reacción adversa seria (2,3%) o severa (2,0%) en el grupo REVLIMID/dexametasona en comparación con 0,9% y 0,9% respectivamente en el grupo placebo/dexametasona. La discontinuación por ACV fue del 1,4% en el grupo REVLIMID/ dexametasona y del 0,3% en el grupo placebo/dexametasona. En el estudio NDMM, se informó ACV como una reacción

adversa (todos los grados: 0,8%, 0,6% y 0,6%), como una reacción adversa seria (0,8%, 0,6 % y 0,6%) o como una reacción adversa severa (0,6%, 0,6%, 0,2%) en las ramas Rd Continuous, Rd18 y MPT, respectivamente.

Otras reacciones adversas después de por lo menos una terapia previa para MM :

En estos dos estudios, se informaron las siguientes reacciones adversas no descritas más arriba que se produjeron en una proporción del $\geq 1\%$ y de por lo menos dos veces el porcentaje de placebo.

Trastornos del sistema linfático y de la sangre: pancitopenia, anemia hemolítica autoinmune; hemofilia adquirida.

Trastornos cardíacos: bradicardia, infarto de miocardio, angina de pecho.

Trastornos endocrinos: hirsutismo.

Trastornos oculares: ceguera, hipertensión ocular.

Trastornos gastrointestinales: hemorragia gastrointestinal, glosodinia.

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: malestar.

Investigaciones: pruebas de la función hepática con resultados anormales, incremento de la alanina aminotransferasa.

Trastornos del sistema nervioso: isquemia cerebral.

Trastornos psiquiátricos: cambios del estado de ánimo, alucinaciones, pérdida de la libido.

Trastorno del aparato reproductor y de la mama: disfunción eréctil.

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: tos, ronquera.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: exantema, hiperpigmentación de la piel.

Infecciones e infestaciones : Reactivación viral por Hepatitis B y Herpes Zoster

Pacientes con mieloma múltiple no tratado previamente que son elegibles para trasplante que recibieron lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona

En los estudios PETHEMA GEM2012 (Grupos combinados A y B (RVd), n = 458) e IFM 2009 (Grupo A (RVd), n = 356), la reacción adversa grave observada con más frecuencia ($\geq 5\%$) con lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona fue:

• Neumonía (5,9%) del PETHEMA GEM2012

En el estudio PETHEMA GEM2012, las reacciones adversas observadas con mayor frecuencia con lenalidomida en combinación con bortezomib subcutáneo y dexametasona fueron: neuropatía periférica (35.2%), neutropenia (31.9%), trombocitopenia (25.3%).

En el estudio IFM 2009, las reacciones adversas observadas con mayor frecuencia con lenalidomida en combinación con bortezomib intravenoso y dexametasona fueron: neuropatía periférica (54.8%), linfopenia (52.2%).

Pacientes con mieloma múltiple no tratado previamente que no son elegibles para trasplante que recibieron lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona

En el estudio SWOG S0777 (Grupo B (RVd), n = 262), las reacciones adversas graves observadas con más frecuencia ($\geq 5\%$) con lenalidomida en combinación con bortezomib intravenoso y dexametasona que con lenalidomida en combinación con dexametasona fueron:

Hipotensión (6,5%), infección pulmonar (5,7%), deshidratación (5,0%).

Las reacciones adversas observadas con mayor frecuencia con lenalidomida en combinación con bortezomib y dexametasona que con lenalidomida en combinación con dexametasona fueron: Fatiga (73.7%), neuropatía periférica (71.8%), trombocitopenia (57.6%), estreñimiento (56.1%), hipocalcemia 50.0%).

Síndromes mielodisplásicos

Un total de 148 pacientes recibieron por lo menos 1 dosis de 10 mg de REVLIMID en el estudio clínico de SMD relacionado con deleción del 5q. Por lo menos un evento adverso se informó en todos los 148 pacientes que fueron tratados con la dosis inicial de 10 mg de REVLIMID. Los eventos adversos informados con mayor frecuencia estuvieron relacionados con trastornos del sistema linfático y de la sangre, trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, trastornos gastrointestinales, y trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.

Los eventos adversos observados informados con mayor frecuencia fueron trombocitopenia (61,5%; 91/148) y neutropenia (58,8%; 87/148). Le siguieron diarrea (48,6%; 72/148), prurito (41,9%; 62/148), erupción cutánea (35,8%; 53/148) y fatiga (31,1%; 46/148). La tabla 17 resume los eventos adversos que fueron informados en $\geq 5\%$ de los pacientes tratados con REVLIMID en el estudio clínico de SMD relacionado con deleción del 5q. La tabla 18 resume las reacciones adversas grado 3 y grado 4 observadas con mayor frecuencia independientemente de la relación con el tratamiento con REVLIMID. En los estudios de rama única realizados, a menudo no es posible distinguir eventos adversos que están relacionados con el fármaco y aquellos que reflejan la enfermedad subyacente del paciente.

Tabla 17: Resumen de eventos adversos informados en $\geq 5\%$ de los pacientes tratados con REVLIMID® en el estudio clínico de SMD relacionado con deleción del 5q

Sistema corporal/Evento Adverso [a]	10 mg general (N=148)	
Pacientes con por lo menos un evento adverso	148	(100,0)
Trastornos del sistema linfático y de la sangre		
Trombocitopenia	91	(61,5)
Neutropenia	87	(58,8)
Anemia	17	(11,5)
Leucopenia	12	(8,1)
Neutropenia febril	8	(5,4)
Trastornos del tejido cutáneo y subcutáneo		
Prurito	62	(41,9)
Erupción cutánea	53	(35,8)
Piel seca	21	(14,2)
Contusión	12	(8,1)
Sudor nocturno	12	(8,1)
Mayor transpiración	10	(6,8)
Equimosis	8	(5,4)
Eritema	8	(5,4)
Trastornos gastrointestinales		
Diarrea	72	(48,6)
Constipación	35	(23,6)
Náuseas	35	(23,6)

Dolor abdominal	18	(12,2)
Vómitos	15	(10,1)
Dolor abdominal superior	12	(8,1)
Boca seca	10	(6,8)
Heces blandas	9	(6,1)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Nasofaringitis	34	(23,0)
Tos	29	(19,6)
Disnea	25	(16,9)
Faringitis	23	(15,5)
Epistaxis	22	(14,9)
Disnea por esfuerzo	10	(6,8)
Rinitis	10	(6,8)
Bronquitis	9	(6,1)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		
Fatiga	46	(31,1)
Pirexia	31	(20,9)
Edema periférico	30	(20,3)
Astenia	22	(14,9)
Edema	15	(10,1)
Dolor	10	(6,8)
Escalofríos	9	(6,1)
Dolor de tórax	8	(5,4)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		
Artralgia	32	(21,6)
Dolor de espalda	31	(20,9)
Calambre muscular	27	(18,2)
Dolor en las extremidades	16	(10,8)
Mialgia	13	(8,8)
Hinchazón periférica	12	(8,1)
Trastornos del sistema nervioso		
Mareos	29	(19,6)
Dolor de cabeza	29	(19,6)
Hipoestesia	10	(6,8)
Disgeusia	9	(6,1)
Neuropatía periférica	8	(5,4)
Infecciones e infestaciones		
Infección del tracto respiratorio superior	22	(14,9)
Neumonía	17	(11,5)

Infección del tracto urinario	16	(10,8)
Sinusitis	12	(8,1)
Celulitis	8	(5,4)
Trastornos del metabolismo y la nutrición		
Hipocalemia	16	(10,8)
Anorexia	15	(10,1)
Hipomagnesemia	9	(6,1)
Investigaciones		
Aumento de alanina aminotransferasa	12	(8,1)
Trastornos psiquiátricos		
Insomnio	15	(10,1)
Depresión	8	(5,4)
Trastornos renales y urinarios		
Disuria	10	(6,8)
Trastornos vasculares		
Hipertensión	9	(6,1)
Trastornos endocrinos		
Hipotiroidismo adquirido	10	(6,8)
Trastornos cardíacos		
Palpitaciones	8	(5,4)

[a] El sistema corporal y los eventos adversos están codificados usando el diccionario MedDRA. El sistema corporal y los eventos adversos se enumeran en orden descendente de frecuencia para la columna General. Un paciente con manifestaciones múltiples de un EA se cuenta sólo una vez en la categoría de EA.

Tabla 18: Eventos adversos grado 3 y 4 observados con mayor frecuencia^[1] independientemente de la relación con el tratamiento del estudio		
Eventos adversos^[2]	10 mg (N=148)	
Pacientes con por lo menos un EA grados 3/4	131	(88,5)
Neutropenia	79	(53,4)
Trombocitopenia	74	(50,0)
Neumonía	11	(7,4)
Erupción cutánea	10	(6,8)
Anemia	9	(6,1)
Leucopenia	8	(5,4)
Fatiga	7	(4,7)
Disnea	7	(4,7)
Dolor de espalda	7	(4,7)

Neutropenia febril	6	(4,1)
Náuseas	6	(4,1)
Diarrea	5	(3,4)
Pirexia	5	(3,4)
Sepsis	4	(2,7)
Mareos	4	(2,7)
Granulocitopenia	3	(2,0)
Dolor de tórax	3	(2,0)
Embolia pulmonar	3	(2,0)
Dificultad respiratoria	3	(2,0)
Prurito	3	(2,0)
Pancitopenia	3	(2,0)
Calambre muscular	3	(2,0)
Infección del tracto respiratorio	2	(1,4)
Infección del tracto respiratorio superior	2	(1,4)
Astenia	2	(1,4)
Insuficiencia multiorgánica	2	(1,4)
Epistaxis	2	(1,4)
Hipoxia	2	(1,4)
Efusión pleural	2	(1,4)
Neumonitis	2	(1,4)
Hipertensión pulmonar	2	(1,4)
Vómitos	2	(1,4)
Aumento de la transpiración	2	(1,4)
Artralgia	2	(1,4)
Dolor en las extremidades	2	(1,4)
Dolor de cabeza	2	(1,4)
Síncope	2	(1,4)

^[1] Eventos adversos con frecuencia $\geq 1\%$ en el grupo general de 10 mg. Los grados 3 y 4 se basan en los Criterios de Toxicidad Común del Instituto Nacional del Cáncer (NCI CTC, *National Cancer Institute Common Toxicity Criteria*) versión 2.

^[2] Los eventos adversos están codificados usando el diccionario MedDRA. Un paciente con manifestaciones múltiples de un EA se cuenta sólo una vez en la categoría del evento adverso.

En otros estudios clínicos de REVLIMID en pacientes con SMD, se informaron los siguientes eventos adversos graves (independientemente de la relación con el tratamiento con el fármaco experimental) no descriptos en las tablas 17 ó 18:

Trastornos del sistema linfático y de la sangre: anemia hemolítica tipo cálida, infarto esplénico, depresión
 REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

de la médula ósea, coagulopatía, hemólisis, anemia hemolítica, anemia refractaria.

Trastornos cardíacos: insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular, angina de pecho, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, paro cardiorrespiratorio, cardiomiopatía, infarto de miocardio, isquemia miocárdica, fibrilación auricular agravada, bradicardia, shock cardiogénico, edema pulmonar, arritmia supraventricular, taquiarritmia, disfunción ventricular.

Trastornos del oído y del laberinto: vértigo.

Trastornos endocrinos: enfermedad de Basedow.

Trastornos gastrointestinales: hemorragia gastrointestinal, colitis isquémica, perforación intestinal, hemorragia rectal, pólipos del colon, diverticulitis, disfagia, gastritis, gastroenteritis, enfermedad de reflujo gastroesofágico, hernia inguinal obstructiva, síndrome de intestino irritable, melena, pancreatitis por obstrucción biliar, pancreatitis, absceso perirrectal, obstrucción del intestino delgado, hemorragia gastrointestinal superior.

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: progresión de la enfermedad, caída, marcha anormal, pirexia intermitente, nódulo, escalofríos, muerte súbita.

Trastornos hepato biliares: hiperbilirrubinemia, colecistitis aguda, colecistitis, insuficiencia hepática.

Trastornos del sistema inmune: hipersensibilidad.

Infecciones e infestaciones: infección, bacteremia, infección de línea central, infección por *Clostridium*, infección de oído, sepsis por *Enterobacter*, infección por hongos, infección viral por herpes, gripe, infección del riñón, sepsis por *Klebsiella*, neumonía lobar, infección localizada, infección oral, infección por *Pseudomonas*, shock séptico, sinusitis aguda, sinusitis, infección estafilocócica, urosepsis.

Lesión, envenenamiento y complicaciones de procedimiento: fractura de fémur, reacción a la transfusión, fractura de vértebra cervical, fractura de cuello femoral, fractura de pelvis, fractura de cadera, sobredosis, hemorragia post-procedimiento, fractura de costilla, accidente de tránsito, fractura con compresión de médula espinal.

Investigaciones: aumento de creatinina en sangre, cultivo negativo, disminución de hemoglobina, pruebas de función hepática con resultados anormales, aumento de troponina I.

Trastornos del metabolismo y de la nutrición: deshidratación, gota, hipernatremia, hipoglucemia.

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: artritis, artritis agravada, artritis gotosa, dolor de cuello, pirofosfato condrocalcinosis.

Neoplasias benignas, malignas y no especificadas: leucemia aguda, leucemia mielóide aguda, carcinoma bronquioloalveolar, cáncer de pulmón con metástasis, linfoma, cáncer de próstata con metástasis.

Trastornos del sistema nervioso: accidente cerebrovascular, afasia, infarto cerebeloso, infarto cerebral, disminución del nivel de conciencia, disartria, migraña, compresión de médula espinal, hemorragia subaracnoidea, accidente isquémico transitorio.

Trastornos psiquiátricos: estado de confusión.

Trastornos renales y urinarios: insuficiencia renal, hematuria, insuficiencia renal aguda, azotemia, cálculos uretrales, masa renal.

Trastornos del sistema reproductivo y de la mama: dolor pélvico.

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: bronquitis, enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias exacerbada, insuficiencia respiratoria, disnea exacerbada, enfermedad pulmonar intersticial, REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

infiltración pulmonar, sibilancia.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: dermatosis neutrofílica febril aguda.

Trastornos del sistema vascular: trombosis venosa profunda, hipotensión, trastorno de la arteria aorta, isquemia, tromboflebitis superficial, trombosis.

Linfoma de células del manto (LCM)

En el ensayo de LCM, un total de 134 pacientes recibieron al menos 1 dosis de REVLIMID. La mediana de edad fue de 67 años (rango 43-83 años), 128/134 (96 %) eran caucásicos, 108/134 (81 %) eran hombres y 82/134 (61 %) tenía una duración de LCM de al menos 3 años.

La Tabla 19 resumen las reacciones adversas más frecuentemente observadas independientemente de la relación con el tratamiento con REVLIMID. En los 134 pacientes tratados en este estudio, la mediana de duración del tratamiento fue de 95 días (1-1002 días). Setenta y ocho pacientes (58 %) recibieron 3 o más ciclos de terapia, 53 pacientes (40 %) recibieron 6 o más ciclos y 26 pacientes (19 %) recibieron 12 o más ciclos. Setenta y seis pacientes (57 %) experimentó al menos una interrupción de dosis debido a eventos adversos, y 51 pacientes (38 %) experimentaron al menos una reducción de dosis debido a eventos adversos. Veintiséis pacientes (19 %) discontinuaron el tratamiento debido a eventos adversos.

Tabla 19: Incidencia de reacciones adversas (≥10%) o eventos adversos (EA) grados 3/4 (en al menos 2 pacientes) con linfoma de células de manto

Sistema Corporal/Evento adverso	Todos los EAs¹ (N=134) n (%)	EAs² grados 3/4 (N=134) n (%)
Trastornos generales y condiciones del lugar de administración de la inyección		
Fatiga	45 (34)	9 (7)
Pirexia ^S	31 (23)	3 (2)
Edema periférico	21 (16)	0
Astenia ^S	19 (14)	4 (3)
Deterioro general de la salud física	3 (2)	2 (1)
Trastornos gastrointestinales		
Diarrea ^S	42 (31)	8 (6)
Náuseas	40 (30)	1 (<1)
Constipación	21 (16)	1 (<1)
Vómitos ^S	16 (12)	1 (<1)
Dolor abdominal ^S	13 (10)	5 (4)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo		
Dolor de espalda	18 (13)	2 (1)
Espasmos musculares	17 (13)	1 (<1)
Artralgia	11 (8)	2 (1)
Debilidad muscular ^S	8 (6)	2 (1)

Sistema Corporal/Evento adverso	Todos los EAs¹ (N=134) n (%)	EAs² grados 3/4 (N=134) n (%)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Tos	38 (28)	1 (<1)
Disnea [§]	24 (18)	8 (6)
Efusión pleural	10 (7)	2 (1)
Hipoxia	3 (2)	2 (1)
Embolia pulmonar	3 (2)	2 (1)
Insuficiencia respiratoria [§]	2 (1)	2 (1)
Dolor orofaríngeo	13 (10)	0
Infecciones e infestaciones		
Neumonía ^{@§}	19 (14)	12 (9)
Infección respiratoria superior	17 (13)	0
Celulitis [§]	3 (2)	2 (1)
Bacteriemia [§]	2 (1)	2 (1)
Sepsis estafilocócica [§]	2 (1)	2 (1)
Infección del tracto urinario [§]	5 (4)	2 (1)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		
Rash ⁺	30 (22)	2 (1)
Prurito	23 (17)	1 (<1)
Trastornos del sistema linfático y de la sangre		
Neutropenia	65 (49)	58 (43)
Thrombocitopenia ^{%§}	48 (36)	37 (28)
Anemia [§]	41 (31)	15 (11)
Leucopenia [§]	20 (15)	9 (7)
Linfopenia	10 (7)	5 (4)
Neutropenia febril [§]	8 (6)	8 (6)
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		
Disminución del apetito	19 (14)	1 (<1)
Hipocalemia	17 (13)	3 (2)
Deshidratación [§]	10 (7)	4 (3)
Hipocalcemia	4 (3)	2 (1)
Hiponatremia	3 (2)	3 (2)
Trastornos renales y urinarios		
Insuficiencia Renal [§]	5 (4)	2 (1)
Trastornos vasculares		
Hipotensión ^{@§}	9 (7)	4 (3)

Sistema Corporal/Evento adverso	Todos los EAs¹ (N=134) n (%)	EAs² grados 3/4 (N=134) n (%)
Trombosis venosa profunda [§]	5 (4)	5 (4)
Neoplasias benignas, malignas o no especificadas (incluidos quistes y pólipos)		
Exacerbación tumoral	13 (10)	0
Carcinoma de células escamosas de la piel [§]	4 (3)	4 (3)
Exploraciones complementarias		
Disminución de peso	17 (13)	0

1-Eventos adversos del ensayo de LCM – Todos los eventos adversos emergentes del tratamiento con $\geq 10\%$ de pacientes

2-Eventos adversos grado 3/4 del ensayo de LCM – Todos los eventos adversos emergente de grado 3/4 emergentes del tratamiento en 2 o más pacientes

§-Eventos adversos serios del ensayo de LCM – Todos los eventos adversos serios emergentes del tratamiento en 2 o más pacientes

@ - Eventos adversos en los que al menos uno provocó un resultado fatal

% - Eventos adversos en los que al menos uno se consideró con riesgo de muerte (si el resultado fue la muerte, se incluyó con casos de muerte)

- Todos los eventos adversos bajo el Sistema Corporal de Infecciones a excepción de infecciones raras de interés para la Salud Pública se considerará enumerado

+ - Todos los eventos adversos bajo términos del nivel alto (HLT) de erupción cutánea se considerarán enumerados

Las siguientes reacciones adversas que se manifestaron en otras indicaciones , que incluyen otro estudio sobre MCL y no se describen anteriormente han sido reportados (5%-10%) en pacientes tratados con monoterapia de REVLIMID para linfoma de células de manto.

Trastorno cardíaco: insuficiencia cardíaca

Trastornos del oído y del laberinto: vértigo

Trastornos generales y alteraciones en la zona de la administración: escalofríos

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo: Dolor en las extremidades

Infecciones e infestaciones: Infección del tracto respiratorio, sinusitis, nasofaringitis, herpes oral

Trastornos del sistema nervioso: disgeusia, dolor de cabeza, neuropatía periférica, letargo

Trastornos psiquiátricos: insomnio

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Piel seca, sudoración nocturna

Los siguientes eventos adversos serios no descriptos anteriormente y reportados en 2 o más pacientes tratados con monoterapia de REVLIMID para linfoma de células de manto.

Trastornos sanguíneos y linfáticos: Neutropenia

Trastornos cardíacos: infarto de miocardio (incluido infarto agudo de miocardio –MI-), taquicardia supraventricular

Infecciones e infestaciones: *Colitis por clostridium difficile*, sepsis

Neoplasias benignas, malignas o no especificadas (incluidos quistes y pólipos): Carcinoma de células

basales

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, embolia pulmonar

Experiencia poscomercialización

Las siguientes reacciones adversas han sido identificadas a partir de experiencia poscomercialización a escala mundial con REVLIMID. Debido a que una población de tamaño incierto reporta voluntariamente estas reacciones, no siempre es posible calcular la frecuencia de manera confiable o establecer una relación causal con la exposición al fármaco.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS)

Trastornos del sistema inmunológico: Angioedema, enfermedad aguda de injerto contra el huésped (tras trasplante hematopoyético alogénico), rechazo de trasplante de órgano sólido.

Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos los quistes y los pólipos): Síndrome de lisis tumoral, reacción de exacerbación tumoral

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: neumonitis

Trastornos hepatobiliares: Insuficiencia hepática (incluyendo fatalidad), hepatitis tóxica, hepatitis citolítica, hepatitis colestásica, hepatitis citolítica / colestática mixta, pruebas de laboratorio hepáticas, transitorias anormales.

Infecciones e infestaciones: Reactivación viral (como el virus de la hepatitis B y el herpes zóster [culebrilla]). Se han reportado casos de leucoencefalopatía progresiva multifocal.

Trastornos endocrinos: Hipotiroidismo, hipertiroidismo

Para más información, llame al Laboratorio Bristol Myers Squibb al 0800-666-1179

SOBREDOSIS

No hay experiencia específica en el manejo de sobredosis de lenalidomida en pacientes con MM, SMD o LCM. En estudios de búsqueda de dosis en sujetos sanos, algunos sujetos fueron expuestos hasta 200 mg (administrados como 100 mg dos veces al día) y, en estudios de dosis únicas, algunos sujetos fueron expuestos hasta 400 mg.

Los principales efectos adversos informados fueron prurito, urticaria, erupción cutánea, y transaminasas hepáticas elevadas. En ensayos clínicos, la toxicidad limitante de la dosis fue la neutropenia y la trombocitopenia.

ANTE LA EVENTUALIDAD DE UNA SOBREDOSIFICACIÓN, CONCURRIR AL HOSPITAL MÁS CERCANO O COMUNICARSE CON LOS CENTROS DE TOXICOLOGÍA:

HOSPITAL DE PEDIATRÍA RICARDO GUTIERREZ

TELÉFONO: (011) 4962-6666/2247

HOSPITAL A. POSADAS

TELÉFONO: (011) 4654-6648/4658-7777

REV_LEN_5/10/15/25 mg_PI_AR_(FDA_May 2019 + Swiss_May 2019) Abr 2020.009_Req oct 2020

CENTRO DE ASISTENCIA TOXICOLÓGICA DE LA PLATA
TELÉFONO: (0221) 451-5555

CONSERVACION

Almacenar a temperatura no superior a 25°C

Manejo y eliminación

Se debe tener cuidado con el manejo de REVLIMID. Las cápsulas de REVLIMID no deben abrirse ni romperse. Si el polvo de la cápsula de REVLIMID toma contacto con la piel, lávela inmediata y cuidadosamente con agua y jabón. Si REVLIMID toma contacto con las membranas mucosas, limpie bien con agua.

Se deben considerar procedimientos para el manejo y el desecho adecuados de fármacos anticancerígenos. Se han publicado diversas pautas sobre el tema.

Recetar no más de un suministro para 28 días.

PRESENTACIÓN

REVLIMID 5 mg

Cápsulas opacas blancas que tienen impreso en tinta negra “REV” en una mitad y “5 mg” en la otra mitad:

Cajas de 14 y 21 cápsulas

REVLIMID 10 mg

Cápsulas opacas azul/verde y amarillo pálido que tienen impreso en tinta negra “REV” en una mitad y “10 mg” en la otra mitad:

Cajas de 14, de 21 y de 28 cápsulas

REVLIMID 15 mg

Cápsulas opacas azul pálido y blanco que tienen impreso en tinta negra “REV” en una mitad y “15 mg” en la otra mitad:

Cajas de 14 y 21 cápsulas

REVLIMID 25 mg

Cápsulas opacas blancas que tienen impreso en tinta negra “REV” en una mitad y “25 mg” en la otra mitad:

Cajas de 14 y 21 cápsulas

Fecha de última revisión de la referencia: Mayo 2019

Fecha de última revisión local: Abril 2020

MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA DENTRO DEL PLAN DE FARMACOVIGILANCIA ACTIVA, Y PRESENTA PLAN DE GESTIÓN DE RIESGO.

ESTE MEDICAMENTO SOLO DEBE UTILIZARSE BAJO ESTRICTO CONTROL Y VIGILANCIA MEDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA

ESPECIALIDAD MEDICINAL AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO NR. 54360

ELABORADO POR:

CELGENE INTERNATIONAL SARL (Route de Perreux I, 2017, Boudry, Suiza)

o

PENN PHARMACEUTICALS LIMITED (23 – 24 Tafarnaubach Industrial Estate Tredegar, Gwent, NP23 5AA, Reino Unido)

ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO ALTERNATIVO:

MONTE VERDE S.A., Ruta Nacional N°40 s/n° esq. Calle 8. Departamento de Pocito, Provincia de San Juan.

o

ADIUM PHARMA S.A, Ruta 8, Km 17500 Zonamerica, Montevideo, República Oriental del Uruguay

REPRESENTANTE LOCAL:

Importado por: Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L. Av. del Libertador 77 / 101, piso 6°, Vicente López, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

Directora Técnica: Adriana P. Pugliarello Calvo – Farmacéutica