

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Faridak**

Grupo farmacoterapéutico: Otros antineoplásicos.

**DESCRIPCIÓN Y COMPOSICIÓN****Forma farmacéutica**

Cápsulas de gelatina dura.

**Cápsula de 10 mg:** Cápsula de tamaño n° 3, de color verde claro, opaca, con la marca radial «LBH 10 mg» impresa en tinta negra en la parte superior y dos bandas radiales en tinta negra en la parte inferior. Contiene un polvo blanco o casi blanco.

**Cápsula de 15 mg:** Cápsula de tamaño n° 1, de color naranja, opaca, con la marca radial «LBH 15 mg» impresa en tinta negra en la parte superior y dos bandas radiales en tinta negra en la parte inferior. Contiene un polvo blanco o casi blanco.

**Cápsula de 20 mg:** Cápsula de tamaño n° 1, de color rojo, opaca, con la marca radial «LBH 20 mg» impresa en tinta negra en la parte superior y dos bandas radiales en tinta negra en la parte inferior. Contiene un polvo blanco o casi blanco.

**Sustancia farmacéutica**

Lactato de panobinostat anhidro.

2-hidroxipropanoato de (2E)-N-hidroxi-3-[4-({[2-(2-metil-1H-indol-3-yl)etil]amino}metil)fenil]prop-2-enamida (1:1).

**Cápsula de 10 mg:** Cada cápsula contiene 10 mg de panobinostat (base libre), que equivalen a 12,576 mg de lactato de panobinostat anhidro.

**Cápsula de 15 mg:** Cada cápsula contiene 15 mg de panobinostat (base libre), que equivalen a 18,864 mg de lactato de panobinostat anhidro.

**Cápsula de 20 mg:** Cada cápsula contiene 20 mg de panobinostat (base libre), que equivalen a 25,152 mg de lactato de panobinostat anhidro.

**Principio activo**

Panobinostat.

**Excipientes**

**Contenido de la cápsula:** Estearato de magnesio, manitol, celulosa microcristalina, almidón pregelatinizado.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Cubierta de la cápsula:**

Gelatina, dióxido de titanio (E171, CI 77891), azul brillante FCF - *FD&C* Azul N° 1 (E133, CI 42090), óxido de hierro amarillo (E172, CI 77492) en la presentación de 10 mg.

Gelatina, dióxido de titanio (E171, CI 77891), óxido de hierro amarillo (E172, CI 77492), óxido de hierro rojo (óxido férrico) (E172, CI 77491) en la presentación de 15 mg.

Gelatina, dióxido de titanio (E171, CI 77891), óxido de hierro rojo (óxido férrico) (E172, CI 77491) en la presentación de 20 mg.

**Tinta:** Hidróxido de amonio, óxido de hierro negro (E172, CI 77499), alcohol isopropílico, alcohol *n*-butílico, propilenglicol (E1520), goma laca en etanol.

Las formulaciones farmacéuticas pueden diferir de un país a otro.

**INDICACIONES**

Faridak, en combinación con bortezomib y dexametasona, está indicado para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple, quienes han recibido al menos dos regímenes previos, incluyendo bortezomib y un agente inmunomodulatorio.

**POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN**

El tratamiento con Faridak debe iniciarlo un médico experimentado en el uso de terapias antineoplásicas.

**Población destinataria general**

La dosis inicial recomendada de panobinostat (Faridak) es de 20 mg; se administra una vez al día por vía oral los días 1, 3, 5, 8, 10 y 12 de un ciclo de 21 días. Los pacientes deben recibir inicialmente 8 ciclos de tratamiento. Se recomienda que los pacientes con beneficio clínico continúen el tratamiento durante 8 ciclos adicionales. El tratamiento dura hasta 16 ciclos en total (48 semanas).

La dosis recomendada de bortezomib es de 1,3 mg/m<sup>2</sup>, administrados por inyección. La dosis recomendada de dexametasona es de 20 mg, administrada por vía oral con el estómago lleno.

Faridak se administra en combinación con bortezomib y dexametasona como se indica en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1 Esquema recomendado de administración de Faridak en combinación con bortezomib y dexametasona (ciclos 1-8)

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

Ciclos 1-8 (ciclos de 3 semanas)	Semana 1 Días						Semana 2 Días						Semana 3
<b>FARIDAK</b>	1		3		5		8		10		1	2	Período de reposo
<b>Bortezomib</b>	1			4			8			1	1		Período de reposo
<b>Dexametasona</b>	1	2		4	5		8	9		1	1	2	Período de reposo

**Tabla 2** Esquema recomendado de administración de Faridak en combinación con bortezomib y dexametasona (ciclos 9-16)

Ciclos 9-16 (ciclos de 3 semanas)	Semana 1 Días						Semana 2 Días						Semana 3
<b>FARIDAK</b>	1		3		5		8		1	0	1	2	Período de reposo
<b>Bortezomib</b>	1						8						Período de reposo
<b>Dexametasona</b>	1	2					8	9					Período de reposo

### Recomendaciones de vigilancia

**Hemogramas:** antes de iniciar un tratamiento con Faridak debe realizarse un hemograma completo. La cifra inicial de trombocitos (plaquetas) debe ser  $\geq 100 \times 10^9/l$  y la cifra inicial absoluta de neutrófilos (CAN)  $\geq 1,0 \times 10^9/l$ . Es necesario supervisar periódicamente los hemogramas completos durante el tratamiento, prestando una especial atención a los signos de trombocitopenia (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES). Antes de iniciar cualquier ciclo terapéutico con Faridak en combinación con bortezomib y dexametasona, la cifra de trombocitos deber ser  $\geq 100 \times 10^9/l$  (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**ECG:** Faridak puede alargar el intervalo QTc (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES). Por consiguiente, hay que hacer un ECG antes de iniciar el tratamiento y repetirlo periódicamente antes de cada ciclo terapéutico. El QTcF debe ser  $< 480$  ms antes de iniciar el tratamiento con Faridak (véanse los apartados MODIFICACIONES DE LA DOSIS a continuación y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**Electrólitos sanguíneos:** Al inicio del tratamiento y periódicamente durante el mismo se deben supervisar los electrolitos sanguíneos, especialmente el potasio, el magnesio y el fósforo. Si estuviera clínicamente indicado, se deben corregir los valores anómalos (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Modificaciones de la dosis**

Puede que sea necesario modificar la dosis o el régimen de tratamiento en función de la tolerabilidad de la persona. Cuando el paciente padezca reacciones adversas, la forma de continuar con el tratamiento quedará a criterio del médico.

Si fuera necesario disminuir la dosis de panobinostat (Faridak), ésta se reducirá por escalones de 5 mg (es decir, de 20 a 15 mg, o de 15 a 10 mg). La dosis no debe ser inferior a 10 mg al día. Hay que mantener el mismo régimen de tratamiento (ciclo terapéutico de tres semanas).

Faridak se administra en combinación con bortezomib y dexametasona. Se debe consultar la información para la prescripción del bortezomib y la dexametasona antes de comenzar el tratamiento con la combinación.

**Trombocitopenia**

Si el paciente padece trombocitopenia, podría ser preciso suspender temporalmente la administración o reducir la dosis siguiente de Faridak. En pacientes con trombocitopenia de grado 3 ( $<50 \times 10^9/l$ , complicada con hemorragia) o de grado 4 ( $<25 \times 10^9/l$ ), según los Criterios terminológicos comunes para la clasificación de acontecimientos adversos (CTC, versión 3.0), hay que suspender el tratamiento con Faridak y reanudarlo a una dosis menor en cuanto la trombocitopenia pase a ser de grado 2 o inferior. Podrían ser necesarias transfusiones de trombocitos, si estuvieran clínicamente indicadas, véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES. Cabe la posibilidad de retirar el tratamiento si la trombocitopenia no mejora pese a las modificaciones terapéuticas descritas anteriormente o si el paciente necesita transfusiones repetidas de trombocitos.

**Toxicidad gastrointestinal**

La toxicidad gastrointestinal es muy frecuente en los pacientes tratados con Faridak. Los pacientes que padezcan diarrea y náuseas o vómitos podrían necesitar que se retire o se modifique temporalmente la dosis, tal como se esquematiza en la Tabla 3.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

**Tabla 3**                    **Modificaciones recomendadas de la dosis en caso de toxicidad gastrointestinal**

Reacción adversa	Grado el día de tratamiento	Medida	Dosis por administrar cuando la reacción adversa pase a ser de grado 1 o menor
Diarrea	Grado 2 pese a la administración de antidiarreicos	Omitir la dosis	Reanudar a la misma dosis
	Grado 3 pese a la administración de antidiarreicos	Omitir la dosis	Reanudar a una dosis reducida
	Grado 4 pese a la administración de antidiarreicos	Retirar definitivamente el tratamiento	
Náuseas o vómitos	Náuseas de grado 3 o vómitos de grado 3-4 pese a la administración de antieméticos	Omitir la dosis	Reanudar a una dosis reducida

Ante el primer signo de cólicos intestinales, heces blandas o inicio de diarrea se recomienda administrar un antidiarreico al paciente. Se administrarán antieméticos preventivos a discreción del médico y de conformidad con la práctica médica local (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

### Neutrocitopenia

La neutrocitopenia puede exigir una reducción temporal o permanente de la dosis. En la Tabla 4 se resumen las instrucciones para la interrupción y la reducción de la dosis de Faridak.

**Tabla 4**                    **Modificaciones recomendadas de la dosis en caso de neutrocitopenia**

Grado de neutrocitopenia el día de tratamiento	Medida	Dosis por administrar cuando la neutrocitopenia pase a ser de grado 2 (<1,5 – 1,0 x 10 <sup>9</sup> /l)
Neutrocitopenia de grado 3 (<1,0 – 0,5 x 10 <sup>9</sup> /l)	Omitir la administración	Reanudar a la misma dosis
Neutrocitopenia de grado 4 (<0,5x10 <sup>9</sup> /l) o neutrocitopenia febril (<1,0 x10 <sup>9</sup> /l y fiebre ≥38,5C).	Omitir la administración	Reanudar a una dosis reducida

En caso de neutrocitopenia de grado 3 o 4, los médicos deben considerar el uso de factores de crecimiento (p.ej., G-CSF) según las directrices locales. Cabe la posibilidad de retirar el tratamiento si la neutrocitopenia no mejora pese a las modificaciones de la dosis o a la adición de un tratamiento con factores estimulantes de colonias, de conformidad con la práctica médica y las directrices terapéuticas locales, o en caso de infecciones secundarias graves.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Prolongación del QTc**

En caso de intervalo QT largo antes de iniciar el tratamiento con Faridak (QTcF  $\geq$  480 ms al inicio) será necesario retrasar el inicio del tratamiento hasta que el QTcF que se había determinado antes de la administración de la dosis vuelva a ser, en promedio,  $<$ 480 ms. También habrá que corregir cualquier valor anómalo de potasio, magnesio o fósforo en suero antes de iniciar el tratamiento con Faridak (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES). En caso de prolongación del QT durante el tratamiento:

- Si el QTcF es  $\geq$  480 ms o supera en más de 60 ms al valor inicial, hay que omitir la dosis.
- Si la prolongación del QT se resuelve en un plazo de 7 días, se debe reanudar el tratamiento a la dosis previa (si es la primera vez que ocurre el incidente) o a la dosis anterior (si la prolongación del QT es recurrente).
- Si la prolongación del intervalo QT no se resuelve en un plazo de 7 días, se debe retirar el tratamiento.
- Si algún valor de QTcF fuera mayor que 500 ms, se debe retirar definitivamente el tratamiento con Faridak.

**Otras reacciones adversas**

En los pacientes que padezcan reacciones adversas graves distintas de trombocitopenia, neutrocitopenia, prolongación del intervalo QTc o toxicidad gastrointestinal, se recomienda lo siguiente:

- En caso de reacciones adversas recidivantes de grado 2 (CTC) o de reacciones adversas de grado 3 o 4 (CTC), omitir la dosis hasta que la reacción adversa pase a ser de grado 1 o inferior (CTC) y reanudar el tratamiento a una dosis menor.
- En caso de reacciones adversas recidivantes de grado 3 o 4 (CTC), cabe la posibilidad de reducir adicionalmente la dosis una vez que los acontecimientos adversos sean de grado  $\leq$  1 (CTC).

**Poblaciones especiales****Pacientes con disfunción renal**

La exposición plasmática al panobinostat no sufre alteraciones en pacientes cancerosos con disfunción renal leve o moderada. Por consiguiente, no es necesario ajustar la dosis inicial. El panobinostat no ha sido estudiado en pacientes con nefropatía terminal (NT) ni en pacientes en diálisis (véanse los apartados FARMACOLOGÍA CLÍNICA y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**Pacientes con disfunción hepática**

Un estudio clínico realizado en pacientes con disfunción hepática ha revelado que la exposición plasmática al panobinostat es un 43% o un 105% mayor en los pacientes con disfunción hepática leve o moderada, respectivamente. No se tienen antecedentes de uso de Faridak en pacientes con disfunción hepática grave. Por lo tanto, en los pacientes con disfunción hepática, es necesario tener cautela y proceder a una vigilancia clínica estrecha de los acontecimientos adversos, y se puede estudiar la posibilidad de ajustar la dosis (véanse los apartados FARMACOLOGÍA CLÍNICA y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Pacientes pediátricos**

No se han realizado estudios, ni el uso de Faridak es pertinente en pacientes pediátricos (menores de 18 años) en la indicación de mieloma múltiple (véase el apartado FARMACOLOGÍA CLÍNICA).

**Pacientes geriátricos (≥ 65 años)**

Más del 40% de los pacientes que participaron en el estudio clínico de fase III eran ≥65 años y no se tienen datos de que haya sido necesario ajustar la dosis inicial (véase el apartado FARMACOLOGÍA CLÍNICA). Se observó un constante beneficio; sin embargo, hubo una mayor frecuencia de determinados acontecimientos adversos y de abandonos del tratamiento debido a acontecimientos adversos en los pacientes mayores de 65 años. Se recomienda supervisar con mayor frecuencia a estos pacientes, prestando una especial atención a los signos de trombocitopenia y toxicidad gastrointestinal (véase el apartado REACCIONES ADVERSAS).

**Modo de administración**

Las cápsulas de Faridak deben administrarse por vía oral una vez al día, todos los días a la misma hora, y deben ingerirse enteras con un poco de agua. Faridak puede administrarse con o sin alimentos (véase el apartado FARMACOLOGÍA CLÍNICA).

Las cápsulas de Faridak no deben abrirse, triturarse ni masticarse. Si se olvida una dosis, ésta se puede tomar hasta 12 horas después del horario especificado de administración. En caso de vómitos, el paciente no debe tomar una dosis adicional, sino la dosis prescrita siguiente.

**CONTRAINDICACIONES**

Ninguna.

**ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**

Faridak se usa en combinación con bortezomib y dexametasona, de modo que debe consultarse la información para la prescripción de tales medicamentos antes de iniciar el tratamiento con Faridak.

**Disminuciones en el hemograma**

Se han comunicado reacciones adversas hemáticas, como trombocitopenia, neutrocitopenia y anemia (grado 3 o 4 de los CTC) en pacientes tratados con Faridak. Por consiguiente, es necesario efectuar un hemograma completo antes de comenzar el tratamiento con Faridak y supervisarlos con frecuencia durante el mismo.

Antes de comenzar el tratamiento, la cifra de trombocitos debe ser  $\geq 100 \times 10^9/l$  y la cifra absoluta de neutrófilos  $\geq 1,0 \times 10^9/l$ . Antes de comenzar cualquier ciclo terapéutico, la cifra de trombocitos debe ser  $\geq 100 \times 10^9/l$  (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

En el estudio de fase III, la trombocitopenia por lo general mejoraba hasta volver al nivel inicial a principios del siguiente ciclo de 21 días. El tiempo mediano transcurrido hasta la aparición era de un mes y el tiempo mediano transcurrido hasta la mejoría era de 12 días. En pacientes con trombocitopenia de grado 3 (CTC) (cifra de trombocitos  $<50 \times 10^9/l$  con hemorragia), es posible que sea preciso suspender temporalmente la administración o reducir la dosis siguiente de Faridak. Podrían ser necesarias transfusiones de trombocitos, si estuvieran clínicamente indicadas (véanse los apartados POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN y REACCIONES ADVERSAS).

**Hemorragia**

Se han notificado hemorragias en pacientes tratados con panobinostat. Se comunicaron hemorragias de grado 3 o 4 (CTC) en el 4,2% de los pacientes, por ejemplo, casos de hemorragia gastrointestinal y pulmonar con desenlaces mortales. Así pues, tanto los médicos como los pacientes deben estar informados del mayor riesgo de trombocitopenia y de la posibilidad de hemorragia, sobre todo los pacientes con trastornos de la coagulación que reciben tratamiento crónico con anticoagulantes.

**Infección**

En pacientes tratados con Faridak, se han descrito infecciones localizadas y generales, a saber, neumonías, otras bacteriosis, micosis invasoras, como aspergilosis o candidiasis, y virosis, como las infecciones por el virus de la hepatitis B y del herpes simple. Algunas de esas infecciones (como la neumonía) fueron graves (por ejemplo, provocaron septicemia, insuficiencia respiratoria o insuficiencia multiorgánica) y tuvieron desenlaces mortales (véase el apartado REACCIONES ADVERSAS). Un hecho digno de mención es que las neutrocitopenias de grado 3 y de grado 4 se observaron en el 28% y el 7% de los pacientes, respectivamente; en cambio, la neutrocitopenia febril solo se observó en el 1% de los pacientes (véase el apartado REACCIONES ADVERSAS). Tanto médicos como pacientes deben estar al tanto del mayor riesgo de infección asociado a Faridak.

No debe instaurarse un tratamiento con Faridak en pacientes con infecciones activas; antes de comenzar, es necesario tratar las infecciones en curso. Hay que supervisar los signos y síntomas de infección durante el tratamiento con Faridak; ante un diagnóstico de infección, se debe instituir un tratamiento antiféccioso adecuado cuanto antes y considerar la posibilidad de interrumpir o de suspender definitivamente la administración de Faridak.

Si se diagnostica una micosis invasora generalizada, se debe retirar el tratamiento con Faridak y administrar un tratamiento antimicótico adecuado.

**Trastornos gastrointestinales**

En pacientes tratados con Faridak, se han comunicado náuseas, diarrea, estreñimiento y vómitos intensos, que en ocasiones exigieron el uso de antieméticos y antidiarreicos (véase el apartado REACCIONES ADVERSAS). Periódicamente durante el tratamiento se deben supervisar –y corregir, si estuviera clínicamente indicado– el volumen de líquido y la concentración sanguínea de electrolitos, especialmente de potasio, magnesio y fosfato, a fin de evitar posibles deshidrataciones y trastornos electrolíticos (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN).



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

Se administrarán antieméticos preventivos a discreción del médico y de conformidad con la práctica médica local (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES). Se ha de tener cautela a la hora de usar antieméticos capaces de prolongar el intervalo QT, como el dolasetrón, el ondansetrón y el tropisetrón.

Ante el primer signo de cólicos intestinales, heces blandas o inicio de diarrea se recomienda administrar al paciente un antidiarreico o cualquier tratamiento adicional de conformidad con las directrices terapéuticas locales. Si fuera necesario, se puede proceder a la restitución de líquido y electrolitos por vía intravenosa. Debido a la posibilidad de una agudización de la diarrea, se debe tener precaución a la hora de usar medicamentos con propiedades laxantes. Se debe aconsejar al paciente que consulte con el médico a fin de examinar la posibilidad de usar un laxante.

**Alteraciones electrocardiográficas**

El panobinostat puede prolongar la repolarización ventricular cardíaca (intervalo QT) (véase el apartado DATOS SOBRE TOXICIDAD PRECLÍNICA).

En el estudio clínico de fase III de uso combinado con bortezomib y dexametasona no se han registrado episodios de prolongación del QTcF >500 ms con la dosis de 20 mg de panobinostat (Faridak). Los datos clínicos conjuntos de más de 500 pacientes tratados con panobinostat como monofármaco en indicaciones diversas y dosis distintas han revelado que la incidencia de prolongación del QTc de grado 3 (CTC) (QTcF >500 ms) era globalmente de un 1%, y del 5% o mayor con dosis de al menos 60 mg; no se observaron episodios de taquicardia ventricular entorchado (*torsade de pointes*).

Un análisis adicional indica que el riesgo de prolongación del intervalo QTc no aumenta a lo largo del tiempo.

El QTcF debe ser <480 ms antes de comenzar el tratamiento con Faridak.

Al inicio del tratamiento y periódicamente durante el mismo se debe realizar un control adecuado de electrolitos (como el potasio, el magnesio o el fósforo) y del ECG, especialmente en los pacientes que padecen efectos gastrointestinales intensos (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN).

Faridak ha de usarse con cautela en pacientes que ya padecen una prolongación del intervalo QTc o que corren un riesgo significativo de padecerla, por ejemplo, en pacientes:

- Con síndrome de QT largo.
- Con cardiopatías no controladas o importantes, tales como infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho inestable o bradicardia clínicamente significativa.

No se recomienda la coadministración de medicamentos capaces de prolongar el intervalo QTc (véase el apartado INTERACCIONES).

**Hepatotoxicidad**

En pacientes tratados con panobinostat, se han descrito disfunciones hepáticas, principalmente aumentos leves y transitorios de aminotransferasas y de bilirrubina total.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

Se debe vigilar la función hepática antes del tratamiento y periódicamente durante el mismo. Si se observan anomalías en las pruebas de la función hepática, se puede ajustar la dosis, y se someterá a observación al paciente hasta que los valores se normalicen o regresen a los niveles preterapéuticos (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN).

**REACCIONES ADVERSAS****Resumen del perfil toxicológico**

Se han evaluado los datos toxicológicos del panobinostat obtenidos en 1106 pacientes que recibieron el medicamento en 9 estudios clínicos.

Los datos toxicológicos que se mencionan a continuación se basan en el estudio clínico de fase III en el que participaron pacientes con mieloma múltiple que recibieron 20 mg de panobinostat una vez al día, tres veces por semana, en combinación con bortezomib y dexametasona, según un plan de dos semanas de tratamiento y una semana de reposo.

La duración mediana de la exposición al fármaco fue de 5,0 meses. El 15,7% de los pacientes recibieron el tratamiento del estudio durante al menos 48 semanas ( $\geq 48$  semanas).

Las reacciones adversas no hemáticas más frecuentes fueron la diarrea, el cansancio, las náuseas y los vómitos.

Entre los trastornos hemáticos surgidos durante el tratamiento figuran la trombocitopenia, la anemia, la neutrocitopenia y la linfocitopenia (véanse las anomalías de laboratorio en la Tabla 6).

En el 1,3% de los pacientes se registraron QTcF  $>480$  ms y  $<500$  ms, y en el 0,8% de los pacientes, diferencias  $>60$  ms con respecto al valor inicial. Ningún paciente tuvo un QTcF absoluto  $>500$  ms.

En el 33,2% de los pacientes hubo que retirar el tratamiento debido a acontecimientos adversos, con independencia de la causalidad. Las reacciones adversas más frecuentes que llevaron a retirar el tratamiento fueron: diarrea (4,5%), astenia, fatiga (2,9% en cada caso) y neumonía (1,3%).

Se han registrado muertes durante el tratamiento, con independencia de su causalidad, en el 7,9% de los pacientes del grupo de PAN+BTZ-Dex y en el 4,8% de los pacientes del grupo del PBO+BTZ+Dex. Entre las causas más frecuentes de muerte relacionadas con el tratamiento figuraban las infecciones y las hemorragias.

La Tabla 5 muestra las reacciones adversas registradas durante el ensayo de fase III. Las reacciones adversas se enumeran según la clase de órgano, aparato o sistema del MedDRA. Dentro de cada clase de órgano, aparato o sistema, las reacciones se clasifican por orden decreciente de frecuencia. En cada grupo de frecuencia, las reacciones se especifican por orden decreciente de gravedad. Además, la categoría de frecuencia de cada reacción adversa se define según la siguiente convención (CIOMS III): muy frecuente ( $\geq 1/10$ ); frecuente ( $\geq 1/100$  a  $<1/10$ ); infrecuente ( $\geq 1/1000$  a  $<1/100$ ); rara ( $\geq 1/10\ 000$  a  $<1/1000$ ); muy rara ( $<1/10\ 000$ ); y (de frecuencia) desconocida (no se puede calcular con los datos disponibles).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

**Tabla 5** Reacciones adversas observadas en al menos el 10% ( $\geq 10\%$ ) de los pacientes con mieloma múltiple del ensayo de fase III<sup>1</sup>

Clase principal de órgano, aparato o sistema Término preferido	Panobinostat, BTZ <sup>2</sup> , Dex <sup>3</sup> N=381 (%) Todos los grados	Placebo, BTZ <sup>2</sup> , Dex <sup>3</sup> N=377(%) Todos los grados	Panobinostat, BTZ <sup>2</sup> , Dex <sup>3</sup> N=381(%) Grado 3 o 4	Placebo, BTZ <sup>2</sup> , Dex <sup>3</sup> N=377 (%) Grado 3 o 4	Categoría de frecuencia (total)
<b>Infecciones e infestaciones</b>					
Infección de las vías respiratorias altas	18	15	2	2	Muy frecuente
Neumonía	17	13	13	10	Muy frecuente
<b>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</b>					
Falta de apetito	28	13	3	1	Muy frecuente
<b>Trastornos psiquiátricos</b>					
Insomnio	19	16	0,0	<1	Muy frecuente
<b>Trastornos del sistema nervioso</b>					
Mareos	19	16	3	2	Muy frecuente
Cefalea	14	11	<1	<1	Muy frecuente
<b>Trastornos vasculares</b>					
Hipotensión	14	9	3	1	Muy frecuente
<b>Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino</b>					
Tos	21	19	1,0	0,0	Muy frecuente
Disnea	15	12	2	2	Muy frecuente
<b>Trastornos gastrointestinales</b>					
Diarrea	68	42	26	8	Muy frecuente
Náuseas	36	21	6	<1	Muy frecuente
Vómitos	26	13	7	1	Muy frecuente
Dolor abdominal	13	11	2	<1	Muy frecuente
Dispepsia	12	11	<1	<1	Muy frecuente
<b>Trastornos generales y afecciones en el lugar de la administración</b>					
Fatiga	41	29	17	9	Muy frecuente
Edema periférico	29	19	2	<1	Muy frecuente
Fiebre	26	15	1	2	Muy frecuente
Astenia	22	15	9	4	Muy frecuente
<b>Pruebas complementarias</b>					
Disminución de peso	12	5	2	<1	Muy frecuente

<sup>1</sup> Incluye reacciones adversas que fueron al menos un 1% más frecuentes en el grupo de tratamiento activo que en el del placebo

<sup>2</sup> BTZ = bortezomib

<sup>3</sup> Dex = dexametasona

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

**Anomalías de laboratorio**

En la tabla 6 se presentan las anomalías clínicamente importantes o graves de los valores de las pruebas hemáticas o bioquímicas habituales.

**Tabla 6 Anomalías de laboratorio observadas en los pacientes con mieloma múltiple del ensayo de fase III**

Anomalías de laboratorio	Panobinostat, BTZ <sup>1</sup> , Dex <sup>2</sup> N=381 (%) Todos los grados	Placebo, BTZ <sup>1</sup> , Dex <sup>2</sup> N=377 (%) Todos los grados	Panobinostat, BTZ <sup>1</sup> , Dex <sup>2</sup> N=381 (%) Grado 3 o 4	Placebo, BTZ <sup>1</sup> , Dex <sup>2</sup> N=377 (%) Grado 3 o 4	Categoría de frecuencia (total)
<b>Parámetros hemáticos</b>					
Trombocitopenia	98	84	67	31	Muy frecuente
Anemia	62	52	18	19	Muy frecuente
Leucocitopenia	81	48	23	8	Muy frecuente
Neutrocitopenia	75	36	35	11	Muy frecuente
Linfocitopenia	83	73	53	40	Muy frecuente
<b>Parámetros bioquímicos</b>					
Aumento de creatinina en sangre	41	23	1	2	Muy frecuente
Hipopotasemia	53	36	18	7	Muy frecuente
Hipofosfatemia	64	46	20	12	Muy frecuente
Hiponatremia	49	36	14	7	Muy frecuente
Hiperbilirrubinemia	21	13	<1	<1	Muy frecuente
Aumento de alanina-transaminasa (ALT o SGPT)	31	38	2	1	Muy frecuente
Aumento de aspartato-transaminasa (AST o SGOT)	31	28	2	1	Muy frecuente

<sup>1</sup> BTZ = bortezomib

<sup>2</sup> Dex = dexametasona

**Otras reacciones adversas notables que ocurrieron con una frecuencia inferior al 10% en el ensayo de fase III**

**Infecciones e infestaciones:** *Frecuentes:* choque septicémico, infección de las vías urinarias, virosis, herpes bucal, colitis por *Clostridium difficile*, otitis media, celulitis, septicemia, gastroenteritis, infección de las vías respiratorias bajas, candidiasis. *Infrecuentes:* neumonía fúngica, hepatitis B, aspergilosis.

**Trastornos endocrinos:** *Frecuentes:* hipotiroidismo.

**Trastornos de la nutrición y del metabolismo:** *Frecuente:* hiperglucemia, deshidratación, hipoalbuminemia, retención de líquido, hiperuricemia, hipocalcemia, hipomagnesemia.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

**Trastornos del sistema nervioso:** *Frecuente:* hemorragia intracraneal, síncope, temblores, disgeusia.

**Trastornos oculares:** *Frecuente:* hemorragia conjuntival.

**Trastornos cardíacos:** *Frecuente:* bradicardia, fibrilación auricular, taquicardia sinusal, taquicardia, palpitaciones. *Infrecuente:* infarto de miocardio.

**Trastornos vasculares:** *Frecuente:* hipertensión, hematoma, hipotensión ortostática. *Infrecuente:* choque hemorrágico.

**Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino:** *Frecuente:* insuficiencia respiratoria, estertores, sibilancias, epistaxis. *Infrecuente:* hemorragia pulmonar, hemoptisis.

**Trastornos gastrointestinales:** *Frecuente:* hemorragia gastrointestinal, hematoquecia, gastritis, queilitis, distensión abdominal, sequedad bucal, flatulencia. *Infrecuente:* colitis, hematemesis, dolor gastrointestinal.

**Trastornos hepatobiliares:** *Frecuente:* Disfunción hepática.

**Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuente:* lesiones cutáneas, exantema, eritema. *Infrecuente:* petequia.

**Trastornos osteomusculares y del tejido conjuntivo:** *Frecuente:* hinchazón de articulaciones.

**Trastornos renales y urinarios:** *Frecuente:* insuficiencia renal, hematuria, incontinencia urinaria.

**Trastornos generales y afecciones en el lugar de la administración:** *Frecuente:* escalofríos, malestar general.

**Pruebas complementarias:** *Frecuente:* aumento de urea en sangre, disminución de la filtración glomerular, aumento de fosfatasa alcalina en sangre, prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma.

**Descripción de determinadas reacciones adversas****Gastrointestinales**

Entre las reacciones adversas más frecuentes figuran las gastrointestinales, principalmente diarrea, náuseas y vómitos. No obstante, solo en una proporción relativamente pequeña de pacientes hubo que retirar el tratamiento por motivo de diarrea (4,5%), de náuseas o de vómitos (0,5% en cada caso). En caso de toxicidad gastrointestinal grave, se debe pedir al paciente que se ponga en contacto con el médico y podría ser necesario proceder a un ajuste de la dosis o a la retirada del tratamiento.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Trombocitopenia**

Debido a la naturaleza del mieloma múltiple y a la hematotoxicidad conocida del panobinostat y del bortezomib asociado al mismo, la trombocitopenia es una reacción frecuente y a menudo grave del tratamiento. Se apreciaron trombocitopenias de grado 3 o 4 (CTC) en 256 pacientes; la mediana de tiempo transcurrido hasta su aparición era de un mes. Sin embargo, la trombocitopenia es reversible (transcurre un tiempo mediano de 12 días hasta la mejoría) y, por lo general, se puede tratar eficazmente mediante un ajuste de la dosis o la interrupción del tratamiento, con o sin transfusión de trombocitos. Rara vez la trombocitopenia conduce a la retirada del tratamiento (1,6% de los casos). La mayoría de los pacientes con trombocitopenia no padecieron hemorragias. El 20,7% de los pacientes padecieron una hemorragia, generalmente epistaxis (4,7%), hematoma (2,6%) o hemorragia conjuntival (2,1%). Se comunicaron hemorragias de grado 3 o 4 (CTC) en el 4,2% de los pacientes, generalmente gastrointestinales.

**Neutrocitopenia**

Los análisis de laboratorio realizados durante el estudio han revelado con frecuencia signos de neutrocitopenia (de cualquier grado: 75%). La mayoría de los signos de neutrocitopenia grave de nueva aparición eran de grado 3 (28%) y con mucho menor frecuencia de grado 4 (6,6%). Aunque muchos pacientes padecieron neutrocitopenia, la neutrocitopenia de tipo febril solo afectó a una pequeña proporción de pacientes tratados (el 1,0%, siendo de cualquier grado de los CTC, incluidos los grados 3 y 4). Los pacientes neutrocitopénicos son propensos a contraer infecciones, principalmente en las vías respiratorias altas o neumonía. Solo el 0,3% de los pacientes abandonaron el tratamiento debido a neutrocitopenias.

**Fatiga y astenia**

Se ha descrito fatiga y astenia en el 41,2% y el 22,0% de los pacientes, respectivamente. Se notificó fatiga de grado 3 (CTC) en el 15,7% de los pacientes, y de grado 4 en el 1,3% de los pacientes. Se observó astenia de grado 3 en el 9,4% de los pacientes. No se registraron casos de astenia de grado 4 (CTC). Se comunicó la retirada del tratamiento por fatiga o astenia en el 2,9% de los pacientes en cada caso.

**Infecciones**

Los pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario corren riesgo de contraer infecciones. Entre los posibles factores que contribuyen a ello figuran los antecedentes de quimioterapia, el trasplante de células madre, la naturaleza de la enfermedad y una neutrocitopenia o linfocitopenia asociada al tratamiento con Faridak. Las infecciones registradas con mayor frecuencia eran la infección de las vías respiratorias altas, la neumonía y la rinofaringitis. Se han registrado casos mortales con neumonía o septicemia. Se notificó la retirada del tratamiento debido a infecciones en el 5% de los pacientes.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Prolongación del intervalo QT y anomalías en el ECG**

Se observaron prolongaciones del intervalo QTc, generalmente de grado leve: Se comunicaron prolongaciones del intervalo QTcF  $>450$  ms y  $\leq 480$  ms en el 10,8% de los pacientes, con un aumento máximo con respecto al valor inicial  $>30$  ms y  $\leq 60$  ms en el 14,5% de los pacientes. En ningún paciente se registró un QTcF  $>500$  ms. Se han registrado alteraciones de la onda T y depresiones del segmento ST en el 39,6% y el 21,7% de los pacientes, respectivamente, durante la supervisión del ECG. Dichas alteraciones generalmente no se asociaban a síntomas clínicos, de modo que se desconoce su importancia clínica.

**Poblaciones especiales****Pacientes mayores de 65 años**

En los pacientes mayores de 65 años la incidencia de muertes no relacionadas con la medicación del estudio fue del 8,8% en los pacientes  $\geq 65$  años y del 5,4 % en los pacientes  $<65$  años.

Se han apreciado reacciones adversas que llevaron a la retirada definitiva del tratamiento en el 45,0% de los pacientes  $\geq 65$  años y en el 29,9% de los pacientes  $< 65$  años. Los acontecimientos observados con mayor frecuencia en los pacientes  $\geq 65$  años eran la trombocitopenia (72,5%, frente al 58,8% en los pacientes  $< 65$  años), la anemia (48,1%, frente al 36,7% en los pacientes  $< 65$  años), la diarrea (75,0%, frente al 63,3% en los pacientes  $< 65$  años) y la fatiga (47,5%, frente al 36,7% en los pacientes  $< 65$  años).

**INTERACCIONES**

El panobinostat (Faridak) se metaboliza a través de vías mediadas por el citocromo P450 (CYP) y de vías no mediadas por este último. Alrededor del 40% del panobinostat se metaboliza a través del CYP3A4. El CYP2D6 y el 2C19 intervienen mínimamente en el metabolismo del panobinostat *in vitro*. Por consiguiente, los medicamentos capaces de afectar la actividad enzimática del CYP3A4 pueden alterar la farmacocinética del panobinostat. El panobinostat es un sustrato de la glucoproteína P.

*In vitro*, el panobinostat es un inhibidor competitivo del CYP2D6 y un inhibidor débil, y dependiente del tiempo, del CYP3A4.

**Agentes que pueden aumentar la concentración plasmática de panobinostat**

La administración simultánea de una dosis única de 20 mg de panobinostat con ketoconazol, un inhibidor potente del CYP3A, produjo una  $C_{\text{máx}}$  y un AUC del panobinostat 1,6 y 1,8 veces mayor, respectivamente, en comparación con los valores que se obtienen con el panobinostat solo.

Se ha de tener precaución a la hora de usar inhibidores potentes del CYP3A, como el ketoconazol, el itraconazol, el voriconazol, el ritonavir, el saquinavir, la telitromicina, el posaconazol y la nefazodona, entre otros, y se recomienda la vigilancia clínica cuando Faridak se administre simultáneamente con tales inhibidores.

Se debe pedir al paciente que no consuma carambola (*Averrhoa carambola*), granada o jugo de granada ni pomelo o jugo de pomelo, que son conocidos inhibidores de la subfamilia enzimática 3A del CYP450 y pueden aumentar la biodisponibilidad del panobinostat.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Agentes que pueden reducir la concentración de panobinostat**

Un 40% del panobinostat se metaboliza a través del CYP3A4. En los estudios clínicos de mieloma múltiple, la exposición al panobinostat disminuyó en un 20-50% con el uso concomitante de dexametasona, que es un inductor leve o moderado (y dependiente de la dosis) del CYP3A4. Además, los datos informáticos (*in silico*) indican que la exposición sistémica al panobinostat puede disminuir un 70% en presencia de inductores potentes del CYP3A4. Por consiguiente, debe evitarse el uso simultáneo de dichos inductores.

**Agentes cuya concentración plasmática puede aumentar con panobinostat**

La  $C_{\text{máx}}$  y el AUC del dextrometorfano (un sustrato sensible del CYP2D6) eran 1,8 y 1,6 veces mayores, respectivamente, en presencia de panobinostat. Hay que ser especialmente cautelosos a la hora de administrar simultáneamente Faridak con sustratos sensibles del CYP2D6 que también tengan un estrecho margen terapéutico (como el tamoxifeno, la propafenona, la risperidona y la tioridazina, entre otros).

**Interacciones previstas****Prolongación del intervalo QT**

A juzgar por los datos preclínicos y clínicos, el panobinostat tiene la capacidad de prolongar el intervalo QT. No se recomienda el uso simultáneo de antiarrítmicos (como la amiodarona, la disopiramida, la procainamida, la quinidina y el sotalol, entre otros) y de otros medicamentos capaces de prolongar el intervalo QT (como la cloroquina, la halofantrina, la claritromicina, la metadona, el moxifloxacino, el bepridil y la pimozida, entre otros). Se ha de tener cautela a la hora de usar antieméticos capaces de prolongar el intervalo QT, como el dolasetrón, el ondasetrón y el tropisetrón (véase el apartado ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**MUJERES EN EDAD DE PROCREAR, EMBARAZO, LACTANCIA Y FECUNDIDAD****Mujeres en edad de procrear (y medidas anticonceptivas)**

Se debe aconsejar a las mujeres en edad de procrear que utilicen un método anticonceptivo muy eficaz durante el tratamiento con Faridak y durante las dos semanas posteriores a la administración de la última dosis de panobinostat (Faridak).

Si se usa durante el embarazo, o si la paciente queda embarazada mientras usa el medicamento, será necesario ponerla al tanto de los posibles riesgos para el feto.

Los varones sexualmente activos deben usar preservativos a lo largo del tratamiento y durante las dos semanas posteriores a la última dosis de panobinostat (Faridak). Las parejas femeninas de tales varones también deben usar un método anticonceptivo muy eficaz durante el tratamiento y por espacio de dos semanas después de que su pareja masculina haya dejado de tomar Faridak.

Si se usan simultáneamente productos medicinales que disminuyen la eficacia de los anticonceptivos hormonales, se debe usar un método anticonceptivo alternativo que sea extremadamente eficaz.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Embarazo**

Datos obtenidos en animales indican que existe una probabilidad bastante alta de que Faridak aumente el riesgo de muerte fetal y de anomalías óseas durante el desarrollo.

Habida cuenta de su modo de acción citostático y citotóxico y de los efectos fetales resultantes de la exposición de las hembras preñadas (que fue inferior a la exposición observada en los estudios clínicos), existe un riesgo para el feto en desarrollo.

No se han realizado ensayos clínicos sobre el uso de Faridak en pacientes embarazadas. Los estudios en animales han evidenciado tanto toxicidad para la función reproductora como toxicidad embriofetal (véase el apartado DATOS SOBRE TOXICIDAD PRECLÍNICA). Se desconoce el riesgo para el feto o la madre.

Faridak sólo debe usarse durante el embarazo si el beneficio previsto justifica el riesgo para el feto. Si se usa durante el embarazo, o si la paciente queda embarazada mientras usa el medicamento, será necesario ponerla al tanto de los posibles riesgos para el feto.

**Lactancia**

Como no se sabe si el panobinostat se elimina en la leche materna y dado que existe la posibilidad de que ocurran reacciones adversas graves en los lactantes, se debe optar entre abstenerse de amamantar y abstenerse de usar Faridak, tomando en consideración la importancia de Faridak para la madre.

**Fecundidad**

Los resultados preclínicos indican que el tratamiento con Faridak puede menoscabar la fecundidad masculina (véase el apartado DATOS SOBRE TOXICIDAD PRECLÍNICA).

**SOBREDOSIS**

Se han registrado pocos casos de sobredosis durante los ensayos clínicos. Las reacciones adversas observadas fueron las que cabe esperar del perfil toxicológico del medicamento: trastornos principalmente hemáticos y gastrointestinales tales como trombocitopenia, pancitopenia, diarrea, náuseas, vómitos y anorexia. En caso de sobredosis, se debe emprender una monitorización cardíaca y una evaluación de las cifras de electrolitos y trombocitos y, si fuera necesario, se debe administrar un tratamiento de apoyo. No se sabe si el panobinostat es dializable.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****FARMACOLOGÍA CLÍNICA****Modo de acción**

El panobinostat, un derivado de la clase de los ácidos hidroxámicos, es un paninhibidor potente de las desacetilasas de las clases I y II (IDAC) que posee actividad antitumoral. Los IDAC constituyen una nueva clase de agentes antineoplásicos que combaten las alteraciones epigenéticas mediante la modulación de la expresión génica. Se ha visto que el panobinostat inhibe la proliferación de diversas líneas celulares malignas en concentraciones nanomolares bajas *in vitro*. Además, la exposición al panobinostat induce la activación del promotor del p21 (inhibidor de la cinasa ciclino-dependiente, de 21 kDa), que es un mediador clave de la detención en la fase G1 y la diferenciación. El tratamiento de células malignas con panobinostat produce un aumento dosis-dependiente de la acetilación de las histonas H3 y H4, incluso en concentraciones nanomolares bajas, lo cual demuestra la potencia de tal inhibición. Los experimentos *in vitro* indican que el panobinostat combate selectivamente las células malignas y ofrece un margen terapéutico potencialmente favorable durante el tratamiento antineoplásico. Además, en los estudios de eficacia *in vivo*, en los que se observó una disminución de la masa tumoral gracias al tratamiento con panobinostat, los tejidos tumorales extraídos de xenoinjertos murinos presentaban concentraciones altas de histonas acetiladas. Estos resultados revelan que la actividad antitumoral del panobinostat se acompaña de una inhibición de las histona-desacetilasas *in vivo*.

**Farmacodinamia**

El panobinostat inhibe una gran variedad de enzimas desacetilasas, tanto histona-desacetilasas como muchas otras desacetilasas de proteínas no histónicas que participan en la oncogénesis (como los factores de transcripción p53 y HIF- $\alpha$ 1, la tubulina  $\alpha$  del citoesqueleto y la chaperona HSP90). Las histonas están implicadas en modificaciones epigenéticas que pueden provocar cáncer. Se ha visto que las proteínas no histónicas reguladas por desacetilasas modulan la proliferación y las vías de supervivencia de las células malignas y pueden ser dianas tan importantes como las histonas en el tratamiento del cáncer.

Los efectos ulteriores de la inhibición de las desacetilasas por parte del panobinostat en varias proteínas clave pueden aumentar la actividad de genes oncosupresores (p21 y p27) o fomentar la polimerización de los microtúbulos, que se asocia a anomalías mitóticas y a una disminución de la supervivencia, la motilidad y la invasión de las células. Además, el panobinostat (IDAC) inhibe la desacetilasa de la HSP90, lo cual produce una mayor acetilación de la HSP90, una inhibición de la actividad de esta chaperona y una mayor degradación de las oncoproteínas asociadas. En resumen, el panobinostat es un paninhibidor de desacetilasas que afecta a diversos marcadores oncológicos (p.ej., p53 y HIF- $\alpha$ 1, HSP90, la tubulina  $\alpha$  y las histonas). La inhibición de desacetilasas puede, en última instancia, provocar la detención del ciclo celular y apoptosis, así como reducciones en la motilidad e invasión celular, la angiogénesis y la proliferación y supervivencia celular.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Farmacocinética****Absorción**

El panobinostat se absorbe rápidamente y su  $T_{m\acute{a}x}$  se alcanza en un plazo de dos horas tras su administración oral en pacientes con cáncer avanzado. Su biodisponibilidad oral absoluta es de 21% aproximadamente y posee una farmacocinética lineal en la gama de dosis de 10 a 80 mg.

La exposición general al panobinostat y la variabilidad interindividual permanecen inalteradas en presencia o ausencia de alimentos, pero la  $C_{m\acute{a}x}$  se reduce en un 45% y el  $T_{m\acute{a}x}$  se prolonga entre 1,5 y 2,5 horas cuando se consumen alimentos (ya sea un desayuno normal o un desayuno rico en grasas). Dado que la comida no altera la biodisponibilidad general (AUC) del panobinostat, éste puede administrarse con alimentos en los pacientes con cáncer.

**Distribución**

Una proporción considerable del panobinostat (el 89% aproximadamente) se halla unido a proteínas del plasma humano. Su fracción en los eritrocitos es de 0,60 *in vitro*, con independencia de la concentración. Se considera que la unión a proteínas afecta poco la disponibilidad del panobinostat para fijarse a sus dianas y que no es probable que éste desplace a compuestos que se hallan extremadamente unidos a proteínas.

**Biotransformación y metabolismo**

El panobinostat es objeto de un extenso metabolismo. Las reacciones metabólicas que más participan en su biotransformación son la reducción, la hidrólisis, la oxidación y la glucuronidación. El metabolismo oxidativo del panobinostat desempeña un papel menos destacado; cerca del 40% de la dosis se elimina por esta vía. El citocromo P450 3A4 (CYP3A4) es la principal enzima oxidativa; los citocromos CYP2D6 y 2C19 apenas intervienen en la oxidación.

El panobinostat representa el 6-9% de la exposición plasmática relacionada con el fármaco. Se considera que el compuesto original es responsable de toda la actividad farmacológica del panobinostat.

**Eliminación**

Después de administrar una dosis oral única de [ $^{14}C$ ] panobinostat a pacientes, el 29-51% de la radioactividad administrada se excreta en la orina y el 44-77% se elimina en las heces. El panobinostat inalterado representa <2,5% de la dosis en la orina y <3,5% de la dosis en las heces. El resto son metabolitos. La depuración renal aparente del panobinostat ( $CL_{R/F}$ ) varía entre 2,4 y 5,5 l/h. La semivida de eliminación terminal del panobinostat fue de unas 31 horas en el estudio hADME.

**Poblaciones especiales****Pacientes pediátricos**

El panobinostat no ha sido evaluado en pacientes con mieloma múltiple menores de 18 años.

**Pacientes de edad avanzada**

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

En el estudio clínico de fase III, 162 de los 387 pacientes (del grupo del panobinostat) eran mayores de 65 años. En el conjunto de estudios del panobinostat en monoterapia, la exposición plasmática al panobinostat en los pacientes de hasta 65 años resultó similar a la de los pacientes mayores de 65 años en la gama de dosis de 10 a 80 mg. La depuración plasmática aparente del panobinostat fue de 150,6 (70,3%) l/hr en 122 pacientes de hasta 65 años y de 171,0 (62,8%) L/hr en 86 pacientes mayores de 65 años.

**Pacientes con disfunción hepática**

El efecto de la disfunción hepática sobre la farmacocinética del panobinostat fue evaluado en un estudio de fase I en el que participaron 24 enfermos de cáncer con grados diversos de disfunción hepática. La disfunción hepática leve o moderada –según la clasificación del Programa de Evaluación de Terapias Antineoplásicas (CTEP) del NCI (Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU.)– aumentó la exposición plasmática al panobinostat en un 43 o 105%, respectivamente, sin ningún impacto aparente en los perfiles toxicológicos de los pacientes. No se dispone de datos farmacocinéticos en pacientes con disfunción hepática grave (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN Y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES).

**Pacientes con disfunción renal**

El efecto de la disfunción renal sobre la farmacocinética del panobinostat se evaluó en un estudio de fase I en 37 pacientes con tumores sólidos avanzados y grados distintos de funcionamiento renal. La disfunción renal (leve, moderada o grave, según la depuración de creatinina al inicio) no aumentó la exposición plasmática al panobinostat en ninguno de los grupos con disfunción leve, moderada o grave. No se recomienda modificar la dosis cuando se administre Faridak a estos pacientes (véase el apartado POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN).

**ESTUDIOS CLÍNICOS****Eficacia clínica en pacientes con mieloma múltiple en recaída o en recaída y refractario (estudio D2308)**

La eficacia y la seguridad del panobinostat en combinación con bortezomib y dexametasona se evaluaron en un estudio de fase III, aleatorizado, con doble enmascaramiento, comparativo con placebo y multicéntrico en pacientes con mieloma múltiple en recaída o en recaída y refractario que habían recibido 1-3 líneas de terapias previas.

Los pacientes recibieron panobinostat (20 mg/día), por vía oral, una vez al día, tres veces por semana, en combinación con bortezomib (1,3 mg/m<sup>2</sup> inyectados por vía intravenosa) y dexametasona (20 mg), según un plan de dos semanas de tratamiento y una semana de reposo. Se administraron como máximo 16 ciclos de tratamiento (véase la Tabla 7).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

Un total de 768 pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en proporción 1:1 al grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona ( $n=387$ ) o al grupo del placebo, bortezomib y dexametasona ( $n=381$ ), estratificándolos según si habían recibido bortezomib o no antes (Sí [ $n=336$ ; 43,8%], No [ $n=432$ ; 56,3%]) y el número de líneas de terapia antimielómica previas (1 línea previa [ $n=352$ ; 45,8%] o 2-3 líneas previas [ $n=416$ ; 54,2%]). Las características demográficas y basales de la enfermedad estaban equilibradas y eran comparables entre los grupos del estudio.

La edad mediana era de 63 años (rango de edades: 28-84 años); el 42,1% de los pacientes eran mayores de 65 años. El 53,0% de los pacientes era de sexo masculino. La población blanca constituía el 65,0% de la población del estudio, la asiática, el 30,2% y la negra, el 2,9%. La puntuación en la escala del ECOG de evaluación del estado funcional era de 0-1 en el 93% de los pacientes. El número mediano de terapias previas era de 1,0. Más de la mitad (57,2%) de los pacientes habían tenido un trasplante anterior de células madre y el 62,8% de los pacientes sufrían una recaída tras haber recibido un tratamiento antineoplásico anterior (p.ej., melfalán 79,6%, dexametasona 81,1%, talidomida 51,2%, ciclofosfamida 45,3%, bortezomib 43,0%, combinación de bortezomib y dexametasona 37,8% y lenalidomida 20,4%). Más de un tercio (el 35,8%) de los pacientes sufrían una recaída y eran refractarios al tratamiento previo.

La duración mediana del seguimiento fue de 28,75 meses en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona y de 29,4 meses en el del placebo, bortezomib y dexametasona.

El criterio de valoración principal fue la supervivencia sin progresión (SSP) según los criterios modificados de la Sociedad Europea de Trasplante de Sangre y de Médula Ósea (EBMT) y según la evaluación del investigador. La SSP basada en la población completa de análisis (PCA) difería de forma estadísticamente significativa entre los grupos de tratamiento ( $p<0,0001$  en la prueba del orden logarítmico estratificada), con una reducción estimada del riesgo del 37% en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona en comparación con el del placebo, bortezomib y dexametasona (cociente de riesgos instantáneos o *hazard ratio*: 0,63 [IC del 95%: 0,52, 0,76]). La SSP mediana (IC del 95%) fue de 12,0 meses (10,3 - 12,9) y de 8,1 meses (7,6 - 9,2), respectivamente.

La supervivencia sin progresión se resume en la Tabla 7 y la curva de Kaplan-Meier de supervivencia sin progresión se proporciona en la Figura 1.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

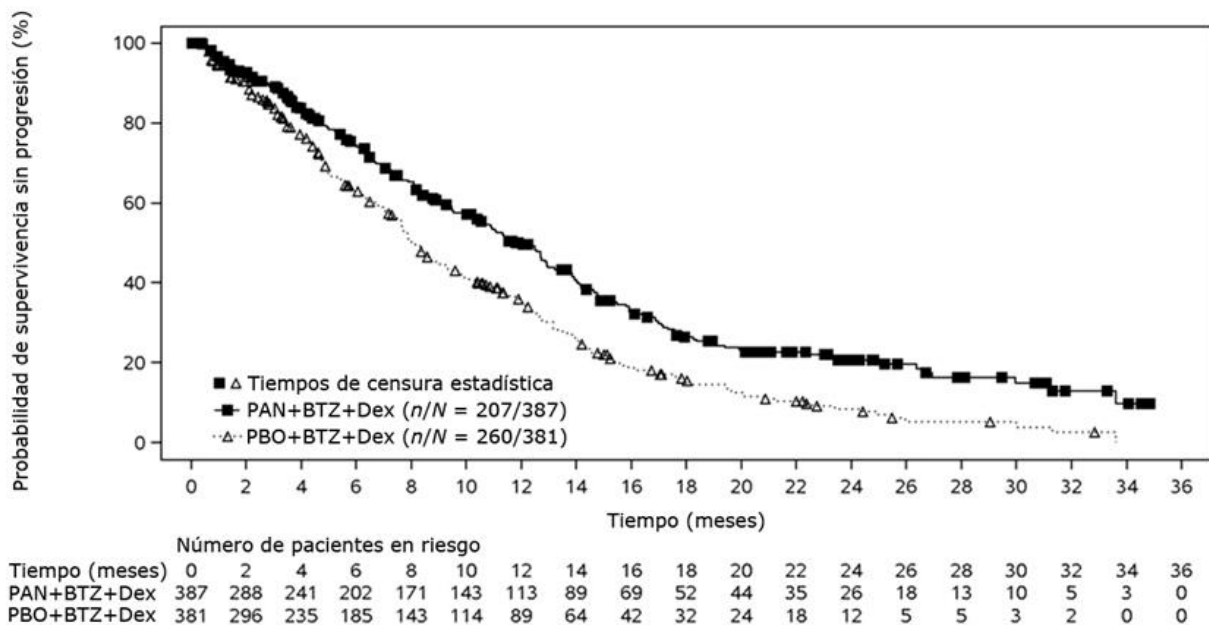
Tabla 7 Supervivencia sin progresión según los criterios modificados de la EBMT

	Panobinostat + bortezomib +Dex N=387	Placebo + bortezomib +Dex N=381	HR [IC del 95%] PAN+BTZ+Dex/ PBO+BTZ+Dex	Valor de p
<b>Acontecimientos relacionados con la SSP -%</b>	53,5%	68,2%	0,63 [0,52;0,76]	<0,0001
Progresión de la enfermedad	42,4%	60,6%		
Recaída tras RC	5,2%	3,9%		
Muerte	5,9%	3,7%		
<b>Censurados estadísticamente - (%)</b>	46,5%	31,8%		
<b>Estimaciones de Kaplan-Meier [IC del 95%] (meses)</b>				
Mediana de SSP (meses)	12,0	8,1		
[IC del 95%]	[10,3, 12,9]	[7,6, 9,2]		

El cociente de riesgos instantáneos (HR) se calcula a partir del modelo estratificado de Cox.

El valor de p bilateral se calcula a partir de la prueba del orden logarítmico estratificada.

**Figura 1 Curva de Kaplan-Meier de la supervivencia sin progresión (criterios modificados de la EBMT)**

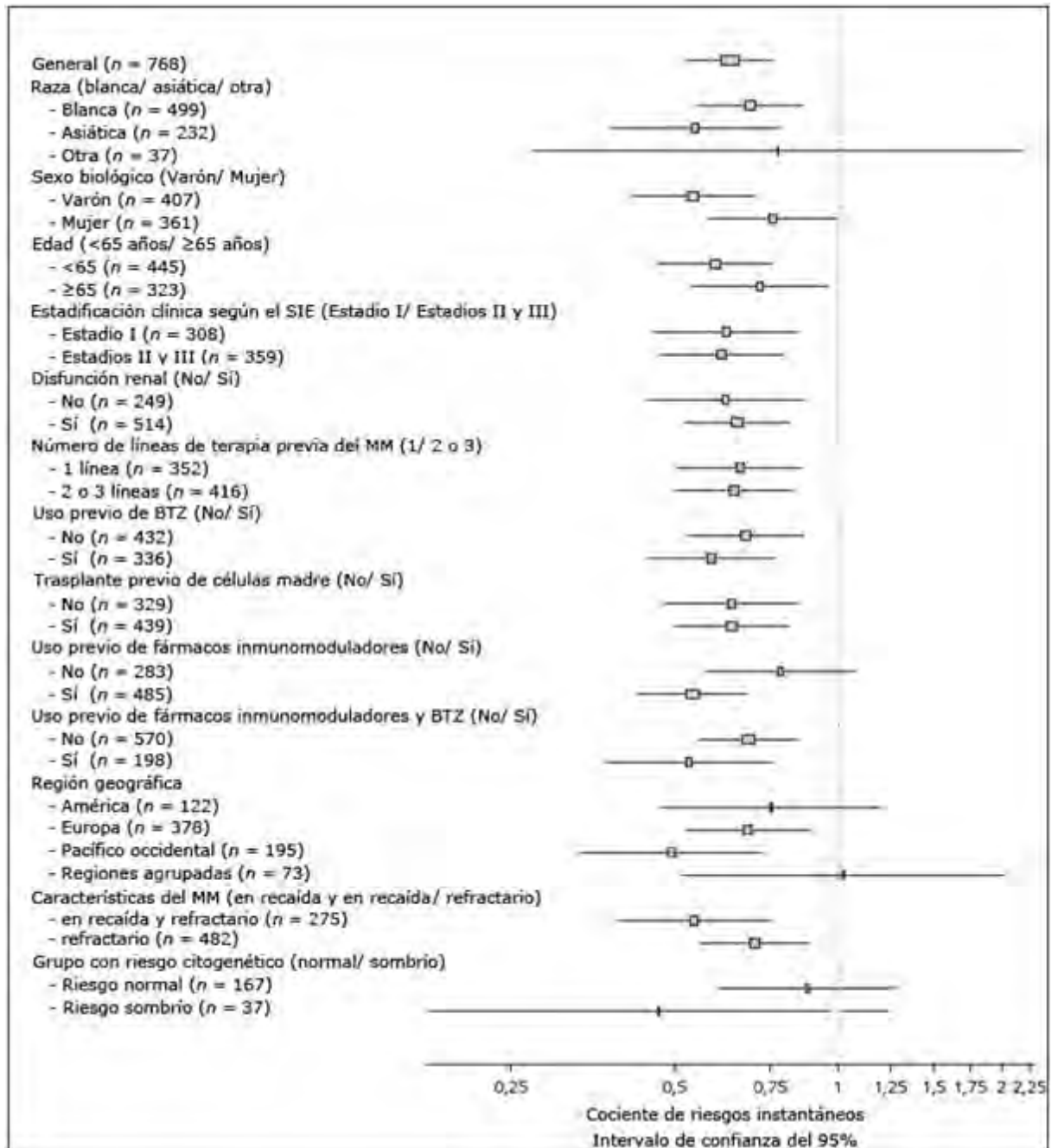


Los cocientes de riesgos instantáneos (HR) basados en el análisis por subgrupos predefinidos favorecen al grupo del panobinostat y evidencian un beneficio para el paciente, con independencia del sexo, la raza, los tratamientos previos (es decir, BTZ, fármaco inmunomodulador [FIM], trasplante de células madre), la enfermedad (en recaída o en recaída y refractaria), la edad y el riesgo citogenético (véase la Figura 2).

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

### FARIDAK CÁPSULAS 20 mg

**Figura 2** Diagrama de bosque por subgrupos



El criterio secundario clave fue la supervivencia general (SG). Todavía no se ha alcanzado el número definitivo de acontecimientos relacionados con la SG. En el momento en que se efectuó el análisis final de la SSP se habían registrado 134 acontecimientos relacionados con la SG (34,6%) en el grupo del panobinostat, el bortezomib y la dexametasona y 152 (39,9%) en el del placebo, bortezomib y dexametasona. La SG mediana (IC del 95%) fue de 33,64 meses (31,34, NE) y de 30,39 meses (26,87, NE), respectivamente.

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

### FARIDAK CÁPSULAS 20 mg

La tasa de respuesta general, según los criterios modificados de la EBMT y la evaluación del investigador, fue del 60,7% en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona, y del 54,6%, en el del placebo, bortezomib y dexametasona. El porcentaje de respuestas completas [RC]/respuestas casi completas [RcC] (IC del 95%) fue del 27,6% en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona, y del 15,7% en el grupo del placebo, bortezomib y dexametasona.

El tiempo mediano transcurrido hasta obtener una respuesta fue de 1,51 meses en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona y de 2,0 meses en el del placebo, bortezomib y dexametasona.

La duración de la respuesta fue de 13,14 y 10,87 meses en el grupo del panobinostat, bortezomib y dexametasona y en el grupo del placebo, bortezomib y dexametasona, respectivamente.

#### **Eficacia clínica en pacientes con mieloma múltiple refractario a bortezomib (estudio DUS71)**

El estudio DUS71 fue un ensayo clínico de fase II, bifásico, realizado en un solo grupo de personas, sin enmascaramiento y multicéntrico, del panobinostat oral (20 mg) combinado con bortezomib i.v. (1,3 mg/m<sup>2</sup>) y dexametasona oral (20 mg), en el que participaron 55 pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario, que eran refractarios al bortezomib (BTZ) y habían recibido al menos dos líneas de terapia previas. Los pacientes debían estar expuestos a un FIM (lenolidomida o talidomida). La refractoriedad al bortezomib se definió como una «progresión de la enfermedad dentro de los 60 días posteriores a la última línea de tratamiento con bortezomib».

El objetivo principal del estudio fue evaluar la tasa de respuesta general (TRG) al cabo de 8 ciclos de tratamiento según los criterios modificados de la EBMT.

Los pacientes habían recibido múltiples regímenes con anterioridad (entre 2 y 11; mediana: 4). Los 55 pacientes habían sido tratados anteriormente con bortezomib y al menos un FIM (lenolidomida: 98,2%, talidomida: 69,1%). La mayoría de los pacientes había recibido un trasplante previo (el 63,6%).

La duración mediana de la exposición al tratamiento del estudio fue de 4,6 meses (variación: 0,1-24,1 meses). Los pacientes lograron una TRG ( $\geq$  RP) de 34,5% y 52,7% ( $\geq$  RM). El tiempo mediano transcurrido hasta la respuesta fue de 1,4 meses y la duración mediana de la respuesta fue de 6,0 meses. La SG mediana fue de 17,5 meses.

#### **DATOS SOBRE TOXICIDAD PRECLÍNICA**

##### **Seguridad farmacológica**

Los estudios de seguridad farmacológica indican que es poco probable que el panobinostat interfiera las funciones vitales del aparato respiratorio y del sistema nervioso central. Los datos electrofisiológicos *in vitro* y los estudios de telemetría realizados en perros *in vivo* evidenciaron signos constantes de prolongación del QT.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg****Carcinogenia y mutagenia**

No se han efectuado estudios de carcinogenia con el panobinostat. Se ha visto que tiene poder mutágeno en la prueba de Ames, que produce una endorreduplicación (cromosómica) en linfocitos de la sangre periférica humana *in vitro* y lesiones del ADN en un ensayo COMET *in vivo* (electroforesis de células individuales en microgel de agarosa) efectuado en células L5178Y de linfoma murino, atribuibles al modo de acción farmacológico.

**Embarazo**

Los datos en animales indican que es bastante probable que Faridak aumente el riesgo de muerte fetal y de anomalías óseas durante el desarrollo. Los estudios de reproducción en ratas preñadas a las que se administró el medicamento por vía oral evidenciaron letalidad embriofetal, un aumento de variantes y anomalías óseas (vértebras supernumerarias, costillas supernumerarias y aumento de variantes óseas menores), en dosis que también eran tóxicas para la progenitora, y disminuciones del peso corporal fetal. La dosis máxima sin efecto adverso observado (NOAEL) en ratas preñadas fue de 10 mg/kg/día.

Los estudios de reproducción se realizaron en ratas y conejas preñadas que recibieron dosis orales hasta 38 veces mayores que la dosis humana recomendada. Se observaron letalidad embriofetal y un aumento de anomalías óseas (esternesbras supernumerarias, costillas supernumerarias y aumento de variantes óseas menores, retraso de la osificación y variantes de las esternesbras). También se observó una disminución del peso corporal fetal y toxicidad materna. La dosis máxima sin observación de estos efectos (NOAEL) en conejas preñadas fue de 10 mg/kg/día.

No se han evaluado los efectos del panobinostat sobre el parto y el crecimiento y la maduración posnatales en estudios con animales.

**Fecundidad**

En un estudio de fecundidad oral realizado en ratas, se administraron dosis de 10, 30 y 100 mg/kg de panobinostat a hembras 3 veces por semana (los días 1, 3 y 5) durante 2 semanas antes del apareamiento, luego durante el período de apareamiento y los días 0, 3 y 6 de la gestación. Con dosis  $\geq 30$  mg/kg se observó un aumento de resorciones tempranas en las ratas hembras. Con esas dosis se observó asimismo un menor consumo materno de alimentos y una disminución del peso corporal, lo que pudo haber contribuido a tal efecto. La dosis (máxima) sin que se observaran efectos sobre la fecundidad materna fue de 10 mg/kg. En el mismo estudio de fecundidad no se observaron efectos en la fecundidad masculina cuando el panobinostat se administró por vía oral durante 4 semanas (misma dosis y mismo régimen). No obstante, en los estudios de toxicidad oral con dosis repetidas de 4 y 13 semanas de duración efectuados en perros a los que se administraron dosis de 1,5 mg/kg y de entre 1,5 y 1,0 mg/kg se apreció atrofia prostática acompañada de un menor número de gránulos secretores, degeneración testicular, oligospermia y un aumento de residuos epididimarios. Estos efectos no revertían por completo tras un período de recuperación de 4 semanas. Por consiguiente, también es necesario advertir a los varones de los posibles riesgos para la fecundidad.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

---

**Estudios de toxicidad con dosis repetidas**

Tras la administración de panobinostat a ratas y perros, los sistemas más afectados por efectos tóxicos fueron el eritropoyético, el mielopoyético y el linfático. En perros que recibieron dosis  $\geq 1,5$  mg/kg se observaron trastornos gastrointestinales, a saber, diarrea, dilatación de pequeñas criptas intestinales con residuos necróticos y células inflamatorias, y necrosis de células aisladas del epitelio de la región cardinal del estómago, y en los estudios de desarrollo embrionario fetal de ratas (con dosis  $\geq 100$  mg/kg/día) y conejos (con dosis  $\geq 80$  mg/kg/día) que recibieron el medicamento a diario de forma consecutiva se apreciaron lesiones ulcerosas en el tracto intestinal.

Los estudios por vía oral de 13 semanas en ratas y perros revelaron alteraciones en hormonas tiroideas, por ejemplo, disminuciones de la triyodotironina ( $T_3$ ) con dosis  $\geq 10$  mg/kg en ratas y de 1,5-1,0 mg/kg en perros, y disminuciones de la tiroxina ( $T_4$ ) (machos) y de la tirotrópina (TSH) (hembras) con dosis de 100 mg/kg en ratas.

**Alteraciones histopatológicas observadas en los estudios con animales**

Tanto en ratas como en perros se observaron alteraciones histopatológicas y funcionales de la glándula tiroidea, por ejemplo, disminuciones del coloide folicular y vacuolación epitelial en los estudios de 4 semanas por vía oral con dosis de  $\geq 0,15$  mg/kg en perros, o aumentos dosis dependientes de la hipertrofia folicular tiroidea al cabo de 26 semanas de tratamiento con dosis  $\geq 10$  mg/kg en ratas. En una rata del estudio de 26 semanas también se observó un adenoma benigno de células foliculares tiroideas con dosis de 75 mg/kg. La ausencia de aumentos importantes y sostenidos de la TSH, unida al hecho de que el panobinostat ejerce efectos citostáticos o citotóxicos en la glándula tiroidea, indican que es improbable que el adenoma se debiera al panobinostat. También se apreció hiperostosis de la cavidad femoral con dosis de 100 mg/kg en ratas.

**CONSERVACIÓN****Precauciones especiales de conservación**

Véase la caja plegable.

No conservar a temperaturas superiores a 30°.

Faridak no debe utilizarse después de la fecha de caducidad marcada («EXP») en el envase.

Faridak debe conservarse fuera del alcance y de la vista de los niños.

**INSTRUCCIONES DE USO Y MANIPULACIÓN**

Ningún requisito en especial.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
FARIDAK CÁPSULAS 20 mg**

**INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES****Tarjeta de cumplimiento**

<p>Faridak (panobinostat) se administra por vía oral los días 1, 3, 5, 8, 10 y 12 de un ciclo de 21 días, asociado a bortezomib y dexametasona. Tome todos los medicamentos exactamente como se lo ha prescrito el médico.</p> <p><b>Instrucciones para utilizar la tabla de la derecha:</b> En las columnas de las semanas 1 y 2, escriba la fecha de los días en los que toma el tratamiento.</p>	<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>
	Día 1	Día 8	<b>Período de reposo. No tome Faridak.</b>
	Día 2 <input type="checkbox"/>	Día 9 <input type="checkbox"/>	
	Día 3	Día 10	
	Día 4 <input type="checkbox"/>	Día 11 <input type="checkbox"/>	
	Día 5	Día 12	
	Día 6 <input type="checkbox"/>	Día 13 <input type="checkbox"/>	
	Día 7 <input type="checkbox"/>	Día 14 <input type="checkbox"/>	

**Fabricante:**

Véase la caja plegable.

**Prospecto internacional**

Información publicada en: Mayo de 2014

~~— marca registrada~~

**Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza**