

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Bendamustina Dr. Reddys 45 mg/ml concentrado para solución para perfusión

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Un vial contiene 180 mg de hidroclicloruro de bendamustina (como monohidrato).
1 ml de concentrado contiene 45 mg de hidroclicloruro de bendamustina (como monohidrato).

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Concentrado para solución para perfusión.
Solución viscosa, transparente, de color amarillo pálido a amarillo.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de primera línea en leucemia linfocítica crónica (estadio B o C de Binet) en pacientes en los que no es adecuada una quimioterapia de combinación con fludarabina.

Tratamiento en monoterapia en pacientes con linfomas indolentes no-Hodgkin que hayan progresado durante o en los 6 meses siguientes a un tratamiento con rituximab o un régimen que contenga rituximab.

Tratamiento de primera línea del mieloma múltiple (estadio II con progresión o estadio III de Durie-Salmon) en combinación con prednisona, en pacientes mayores de 65 años que no son candidatos a un autotrasplante de células progenitoras y que tengan una neuropatía clínica en el momento del diagnóstico que impide el uso de tratamientos a base de talidomida o bortezomib.

4.2. Posología y forma de administración

Posología

Monoterapia para la leucemia linfocítica crónica

Hidroclicloruro de bendamustina 100 mg/m² de superficie corporal, los días 1 y 2; cada 4 semanas hasta 6 veces.

Monoterapia para los linfomas no-Hodgkin indolentes refractarios a rituximab

Hidroclicloruro de bendamustina 120 mg/m² de superficie corporal, los días 1 y 2; cada 3 semanas por lo menos 6 veces.

Mieloma múltiple

Hidroclicloruro de bendamustina, 120 - 150 mg/m² de superficie corporal, los días 1 y 2 y prednisona 60 mg/m² de superficie corporal, por vía i.v. u oral, los días 1 a 4; cada 4 semanas por lo menos 3 veces.

Insuficiencia hepática

Basándose en los datos farmacocinéticos, no es necesario ajustar la dosis en los pacientes que presenten insuficiencia hepática leve (bilirrubina sérica < 1,2 mg/dl). Se recomienda reducir la dosis en un 30 % en los pacientes con insuficiencia hepática moderada (bilirrubina sérica de 1,2 a 3,0 mg/dl).

No se dispone de datos de pacientes con insuficiencia hepática grave (valores de bilirrubina sérica >3,0 mg/dl) (ver la sección 4.3).

Insuficiencia renal

Basándose en los datos farmacocinéticos, no es necesario ajustar la dosis en los pacientes con aclaramiento de creatinina >10 ml/min. La experiencia en pacientes con insuficiencia renal grave es limitada.

Población pediátrica

La seguridad y eficacia del hidrocloreuro de bendamustina en niños no ha sido establecida todavía. La evidencia disponible actualmente no es suficiente para hacer recomendaciones en cuanto a la posología.

Pacientes de edad avanzada

No hay evidencias que indiquen la necesidad de ajustar la posología en los pacientes de edad avanzada (ver también la sección 5.2).

Forma de administración

Para perfusión intravenosa durante 30 a 60 minutos (ver sección 6.6).

La perfusión debe administrarse bajo la supervisión de un médico cualificado y con experiencia en el uso de agentes quimioterápicos.

Una pobre función de la médula ósea está relacionada con un aumento de la toxicidad hematológica inducida por la quimioterapia. El tratamiento no debe iniciarse si los valores de leucocitos y/o plaquetas han descendido a <3.000 / μl o <75.000 / μl , respectivamente (ver sección 4.3).

El tratamiento se debe suspender o retrasar si la cifra de leucocitos es <3.000/ μl y/o si la de plaquetas es <75.000/ μl . Se podrá reanudar el tratamiento cuando la cifra de leucocitos sea >4.000/ μl y la de plaquetas sea >100.000/ μl .

El nadir de leucocitos y plaquetas se alcanza al cabo de 14 a 20 días, con regeneración después de 3 a 5 semanas. Durante los intervalos sin tratamiento se recomienda una estricta monitorización del hemograma (ver sección 4.4).

Si se produce toxicidad no hematológica, las reducciones de la dosis se basarán en los peores grados CTC (*Common Toxicity Criteria*) observados en el ciclo precedente. En caso de toxicidad de grado 3 de los CTC, se recomienda reducir la dosis un 50 %. En caso de toxicidad de grado 4 de los CTC, se recomienda interrumpir el tratamiento.

Si un paciente requiere una modificación de la dosis, la dosis reducida calculada de manera individual se administrará los días 1 y 2 del respectivo ciclo de tratamiento.

Para consultar las instrucciones de dilución del medicamento antes de la administración, ver sección 6.6.

4.3. Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.
- Durante el periodo de lactancia.
- Insuficiencia hepática grave (bilirrubina sérica > 3,0 mg/dl).
- Ictericia.
- Supresión medular grave y alteraciones graves del hemograma (reducción de la cifra de leucocitos < 3.000/ μl o de plaquetas < 75.000/ μl).
- Cirugía mayor en los 30 días anteriores del inicio del tratamiento.
- Infecciones, sobre todo si se acompañan de leucocitopenia.
- Vacunación frente a fiebre amarilla.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

Mielosupresión

Los pacientes tratados con hidroclicloruro de bendamustina pueden experimentar mielosupresión. En caso de mielosupresión relacionada con el tratamiento, se vigilarán los leucocitos, plaquetas, hemoglobina y neutrófilos al menos una vez a la semana. Antes de iniciar el siguiente ciclo de tratamiento, se recomienda que el paciente presente la cifras siguientes: Recuento de leucocitos > 4.000/ μ l y/o recuento de plaquetas > 100.000/ μ l.

Infecciones

Se han producido infecciones graves y mortales con hidroclicloruro de bendamustina, incluyendo infecciones bacterianas (sepsis, neumonía) y oportunistas tales como neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP), virus varicella-zoster (VZV) y citomegalovirus (CMV). Se han notificado casos de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), incluidos los mortales, tras el uso de bendamustina principalmente en combinación con rituximab u obinutuzumab. El tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina puede causar linfocitopenia prolongada (<600 / μ l) y recuentos bajos de células T CD4-positivas (células T auxiliares) (<200 / μ l) durante al menos 7-9 meses después de la finalización del tratamiento. La linfocitopenia y la depleción de células T CD4-positivas son más pronunciadas cuando la bendamustina se combina con rituximab. Los pacientes que presentan linfopenia y recuentos bajos de linfocitos T CD4-positivos tras el tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina son más susceptibles a las infecciones (oportunistas). En el caso de recuentos bajos de células T CD4-positivas (<200 μ l) debe considerarse la profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP). Todos los pacientes deben ser monitorizados durante todo el tratamiento para detectar signos y síntomas respiratorios. Se debe advertir a los pacientes que comuniquen lo antes posible nuevos signos de infección, incluso fiebre o síntomas respiratorios. Se deberá considerar discontinuar el tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina si se observan signos de infecciones (oportunistas).

Considere la LMP en el diagnóstico diferencial en pacientes con signos o síntomas neurológicos, cognitivos o conductuales nuevos o que empeoran. Si se sospecha de leucoencefalopatía multifocal progresiva, se deben realizar las evaluaciones de diagnóstico adecuadas y suspender el tratamiento hasta que se descarte la leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Reactivación de hepatitis B

Se ha producido reactivación de la hepatitis B en pacientes portadores crónicos del virus después de que estos pacientes recibieran tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina. Algunos casos derivaron en insuficiencia hepática aguda o muerte. Los pacientes deben someterse a una prueba de infección por VHB antes de iniciar el tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina. Se debe consultar a expertos en enfermedades hepáticas y en el tratamiento de la hepatitis B antes de iniciar el tratamiento en pacientes que presenten resultados positivos en el test de hepatitis B (incluyendo aquellos con enfermedad activa) y en pacientes que dieron positivo en el test para infección por VHB durante el tratamiento. Los portadores de VHB que requieran tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina deben ser monitorizados cuidadosamente para detectar signos y síntomas de infección activa por VHB, durante el tratamiento y durante varios meses después de la finalización del tratamiento (ver sección 4.8).

Reacciones cutáneas

Se han notificado algunas reacciones cutáneas. Estas reacciones incluyen erupciones cutáneas, reacciones cutáneas graves y exantema bulloso. Se han notificado casos de Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) y Reacción Medicamentosa con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos (síndrome DRESS), algunos mortales, con el uso de hidroclicloruro de bendamustina. Los prescriptores deben informar a los pacientes acerca de los signos y síntomas de estas reacciones, y se les debe informar de la necesidad de buscar atención médica inmediatamente si desarrollan estos síntomas. Algunos acontecimientos se produjeron al combinar hidroclicloruro de bendamustina con otros agentes antineoplásicos, por lo que la relación es dudosa. Cuando se producen reacciones cutáneas, pueden ser progresivas y aumentar de intensidad si se mantiene el tratamiento. Si las reacciones cutáneas son progresivas, se suspenderá la administración de hidroclicloruro de bendamustina con carácter transitorio o definitivo. Si se sospecha que existe una relación entre las reacciones cutáneas graves y el hidroclicloruro de bendamustina, se suspenderá el tratamiento.

Cáncer de piel no melanoma

En estudios clínicos, se ha observado un mayor riesgo de cánceres de piel no melanoma (carcinoma de células basales y carcinoma de células escamosas) en pacientes tratados con terapias que contienen bendamustina. Se recomienda un examen periódico de la piel para todos los pacientes, especialmente aquellos con factores de riesgo de cáncer de piel.

Trastornos cardíacos

Durante el tratamiento con hidrocloreuro de bendamustina se monitorizará estrechamente la concentración sanguínea de potasio en pacientes con trastornos cardíacos y se administrarán suplementos de potasio si éste baja de 3,5 mEq/l, y se realizarán ECG.

Se han notificado casos mortales de infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca con el tratamiento con hidrocloreuro de bendamustina. Los pacientes con enfermedad cardíaca concurrente o con antecedentes de enfermedad cardíaca deben ser estrechamente vigilados.

Náuseas, vómitos

Se puede administrar un antiemético para el tratamiento sintomático de las náuseas y los vómitos.

Síndrome de lisis tumoral

En pacientes en ensayos clínicos se han notificado casos de síndrome de lisis tumoral (SLT) asociados al tratamiento con bendamustina. Este trastorno suele empezar en las 48 horas siguientes a la primera administración de hidrocloreuro de bendamustina y, si no se actúa, puede producir una insuficiencia renal aguda y la muerte. Antes de iniciar el tratamiento se deben considerar medidas preventivas como mantener una adecuada hidratación y vigilar estrechamente los parámetros de bioquímica sanguínea, especialmente las concentraciones de potasio y ácido úrico. Se puede considerar la posibilidad de utilizar agentes hipouricémicos (alopurinol y rasburicasa) previo al tratamiento con hidrocloreuro de bendamustina. Sin embargo, se han comunicado unos pocos casos de Síndrome de Stevens-Johnson y Necrosis Epidérmica Tóxica cuando bendamustina y alopurinol se administraron de forma concomitante.

Anafilaxia

Las reacciones a la perfusión de hidrocloreuro de bendamustina han sido frecuentes en los ensayos clínicos. Los síntomas suelen ser leves e incluyen fiebre, escalofríos, prurito y erupciones cutáneas. En casos excepcionales se han producido reacciones anafilácticas y anafilactoides graves. Después del primer ciclo de tratamiento, se debe preguntar a los pacientes por los síntomas indicativos de reacciones a la perfusión. En los pacientes que hayan experimentado previamente reacciones a la perfusión y que vayan a recibir más ciclos, se debe considerar adoptar medidas de prevención para prevenir las reacciones graves, como la administración de antihistamínicos, antipiréticos y corticosteroides. Los pacientes que experimentaron reacciones alérgicas de grado 3 o peores normalmente no se les volvió a aplicar el tratamiento.

Anticoncepción

Hidrocloreuro de bendamustina es teratógeno y mutágeno.

Las mujeres no deben quedarse embarazadas durante el tratamiento. Los varones no deben procrear durante el tratamiento y hasta 6 meses después. Antes de recibir tratamiento con hidrocloreuro de bendamustina, deberán asesorarse sobre la conservación de espermatozoides, porque puede producirse una esterilidad irreversible.

Extravasación

Si se produce una extravasación, la inyección deberá detenerse de inmediato. Se retirará la aguja tras una breve aspiración. A continuación se enfriará la zona de tejido afectada. Se elevará el brazo. No está claro que un tratamiento adicional, como el uso de corticosteroides, sea beneficioso.

Dilución

Bendamustina Dr. Reddys requiere una dilución apropiada antes de su uso. La concentración de bendamustina en Bendamustina Dr. Reddys difiere de otros medicamentos con bendamustina (ver sección 6.6 para instrucción de dilución).

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No se han realizado estudios de interacción.

Cuando se combina hidroclicloruro de bendamustina con agentes mielosupresores, se puede potenciar el efecto de hidroclicloruro de bendamustina y/o de los medicamentos administrados simultáneamente en la médula ósea. Cualquier tratamiento que reduzca el estado funcional del paciente o que deteriore la función de la médula ósea puede aumentar la toxicidad de hidroclicloruro de bendamustina.

La combinación de hidroclicloruro de bendamustina con ciclosporina o tacrolimus puede provocar una excesiva inmunosupresión, con riesgo de linfoproliferación.

Los citostáticos pueden reducir la formación de anticuerpos tras la vacunación con virus vivos, y aumentar el riesgo de infección, lo que puede llevar a un resultado fatal. Este riesgo aumenta en sujetos que ya están inmunocomprometidos por una enfermedad subyacente.

El metabolismo de bendamustina incluye citocromo P450 (CYP) isoenzima 1A2 (ver sección 5.2). Por tanto, existe un potencial de interacción con los inhibidores de la CYP1A2 como fluvoxamina, ciprofloxacino, aciclovir o cimetidina.

Población pediátrica

Solo se han realizado estudios de interacción en adultos.

Población pediátrica

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

No hay datos suficientes sobre el uso de hidroclicloruro de bendamustina en mujeres embarazadas. En estudios no clínicos, hidroclicloruro de bendamustina resultó mortal para fetos y embriones, teratógena y genotóxica (ver sección 5.3). Hidroclicloruro de bendamustina no debe utilizarse durante el embarazo a menos que sea claramente necesario. Hay que informar a la madre del riesgo para el feto. Si el tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina durante la gestación resulta absolutamente necesario o si se produce un embarazo durante el tratamiento, se informará a la paciente del riesgo para su hijo y se le vigilará estrechamente. Hay que considerar la posibilidad de consejo genético.

Fertilidad

Las mujeres en edad fértil deben utilizar métodos anticonceptivos eficaces antes y durante el tratamiento con hidroclicloruro de bendamustina.

Se aconseja a los varones tratados con hidroclicloruro de bendamustina que no procreen durante el tratamiento ni en los 6 meses siguientes tras la finalización del mismo. Dada la posibilidad de esterilidad irreversible con hidroclicloruro de bendamustina, antes del tratamiento se debe asesorar sobre la conservación de espermatozoides.

Lactancia

No se conoce si bendamustina pasa a la leche materna, por lo que está contraindicada durante el período de lactancia (ver sección 4.3).

Se debe suspender la lactancia durante el tratamiento con bendamustina.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Bendamustina Dr. Reddys 45 mg/ml tiene una gran influencia sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se han comunicado ataxia, neuropatía periférica y somnolencia durante el tratamiento con

hidrocloruro de bendamustina (ver sección 4.8). Los pacientes deben ser avisados de que si experimentan alguno de estos síntomas deben evitar actividades potencialmente peligrosas como conducir y utilizar máquinas.

4.8. Reacciones adversas

Las reacciones adversas más frecuentes con hidrocloruro de bendamustina son reacciones hematológicas (leucopenia, trombopenia), dermatológicas (reacciones alérgicas), constitucionales (fiebre) o digestivas (náuseas, vómitos).

En la tabla siguiente se presentan los datos obtenidos con hidrocloruro de bendamustina.

Clasificación por órganos y sistemas MedDRA	Muy frecuentes (≥1/10)	Frecuentes (≥ 1/100, <1/10)	Poco frecuentes (≥ 1/1.000, < 1/100)	Raras (≥ 1/10.000, <1/1.000)	Muy raras <1/10.000)	No conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
Infecciones e infestaciones	Infección sin especificar*, incluyendo infecciones oportunistas (ej. Herpes zoster, citomegalovirus, hepatitis B)		Pneumonio por Pneumocystis jirovecii	Sepsis	Neumonía atípica primaria	
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incl quistes y pólipos)		Síndrome de lisis tumoral	Síndrome de mielodisplasia, Leucemia mieloide aguda			
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Leucopenia sin especificar*, Trombocitopenia, linfopenia	Hemorragia, Anemia, Neutropenia	Pancitopenia	Insuficiencia de la médula ósea	Hemólisis	
Trastornos del sistema inmunológico		Hipersensibilidad SE*		Reacción anafiláctica, Reacción anafilactoides	Shock Anafiláctico	
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza	Insomnio, Mareo		Somnolencia, Afonía	Disgeusia, Parestesias, Neuropatía sensitiva periférica, Síndrome anticolinérgico, Trastornos	

					neurólógicos, Ataxia, Encefalitis	
Trastornos cardíacos		Disfunción cardíaca como palpitaciones, angina de pecho, Arritmia	Derrame pericárdico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca		Taquicardia	Fibrilación auricular
Trastornos vasculares		Hipotensión, Hipertensión		Insuficiencia circulatoria aguda	Flebitis	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		Disfunción pulmonar			Fibrosis pulmonar	Neumonitis, hemorragia pulmonar alveolar.
Trastornos gastrointestinales	Náuseas, Vómitos	Diarrea, Estreñimiento, Estomatitis			Esofagitis hemorrágica, Hemorragia gastrointestinal	
Trastornos hepatobiliares						Insuficiencia hepática
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		Alopecia, Trastornos cutáneos sin especificar, Urticaria		Eritema, Dermatitis, Prurito, Erupción maculopapular, Hiperhidrosis		Síndrome de Setevens-Johnson, Necrólisis epidérmica tóxica, Reacción Medicamentosa con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos (DRESS)
Trastornos del aparato reproductor y de la mama		Amenorrea			Infertilidad	
Trastornos hepatobiliares						Fallo hepático
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración	Inflamación de las mucosas, Fatiga, Pirexia	Dolor, Escalofríos, Deshidratación, Anorexia			Fallo multiorgánico	
Exploraciones	Reducción de la	Aumento de la ALT,				

complementarias	hemoglobina, Aumento de la creatinina, Aumento de la urea	Aumento de la AST, Aumento de la fosfatasa alcalina, Aumento de la bilirrubina, Hipopotasemia				
Trastornos renales y urinarios						Insuficiencia renal

SE = Sin especificar

(* = terapia combinada con rituximab)

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Ha habido casos aislados de necrosis tras la administración extravascular accidental y de necrosis epidérmica tóxica, síndrome de lisis tumoral y anafilaxia.

El riesgo de síndrome mielodisplásico y leucemias mieloides agudas aumenta en pacientes tratados con agentes alquilantes (incluyendo bendamustina). La neoplasia maligna secundaria puede desarrollarse varios años después de la interrupción de la quimioterapia.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>

4.9. Sobredosis

Tras la aplicación de una perfusión de hidrocloreuro de bendamustina durante 30 minutos, una vez cada 3 semanas, la dosis máxima tolerada (DMT) fue de 280 mg/m². Los acontecimientos cardíacos de grado 2 de los CTC fueron compatibles con las alteraciones isquémicas observadas en el ECG, y se consideró que limitaban la dosis.

En un estudio posterior en el que se administraron infusiones de hidrocloreuro de bendamustina durante 30 minutos los días 1 y 2, cada tres semanas, se observó que la DMT era de 180 mg/m². La toxicidad que limitaba la dosis fue la trombocitopenia de grado 4. Con esta pauta la toxicidad cardíaca no limitó la dosis.

Medidas

No existe un antídoto específico. Se puede hacer un trasplante de médula ósea y administrar transfusiones (plaquetas, concentrados de eritrocitos) o factores de crecimiento hematológicos, como medidas eficaces para controlar las reacciones adversas hematológicas.

El hidrocloreuro de bendamustina y sus metabolitos son dializables en pequeña medida.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Agentes antineoplásicos, agentes alquilantes

Código ATC: L01AA09

El hidrocloreto de bendamustina es un agente antitumoral alquilante con una actividad única. Los efectos antineoplásicos y citocidales del hidrocloreto de bendamustina se basan esencialmente en un entrecruzamiento de las cadenas del ADN simples y dobles por alquilación. Como resultado, se alteran las funciones de la matriz del ADN y de la síntesis y reparación del ADN. El efecto antitumoral de hidrocloreto de bendamustina se ha demostrado en diversos estudios *in vitro* en diferentes líneas celulares de tumores humanos (cáncer de mama, carcinoma pulmonar microcítico y no microcítico, carcinoma de ovario y diferentes tipos de leucemias) e *in vivo* en diferentes modelos experimentales con tumores de ratón, rata y ser humano (melanoma, cáncer de mama, sarcoma, linfoma, leucemia y carcinoma de pulmón microcítico).

Se ha demostrado que el hidrocloreto de bendamustina tiene un perfil de actividad en líneas celulares de tumores humanos distinto al de otros agentes alquilantes. El principio activo presentó una resistencia cruzada nula o muy escasa en líneas celulares de tumores humanos con diferentes mecanismos de resistencia, debido en parte a una interacción con el ADN comparativamente persistente. También se ha demostrado en estudios clínicos que no existe una resistencia cruzada completa entre bendamustina y las antraciclinas, los agentes alquilantes o rituximab. No obstante, se han evaluado pocos pacientes.

Leucemia linfocítica crónica

La indicación de uso en leucemia linfocítica crónica está apoyada por un estudio abierto, que compara bendamustina con clorambucilo. En el estudio prospectivo, multicéntrico y aleatorizado participaron 319 pacientes con leucemia linfocítica crónica en estadio B o C de Bidet, no tratados previamente y que necesitaban tratamiento. Se comparó el tratamiento de primera línea con hidrocloreto de bendamustina 100 mg/m² i.v. los días 1 y 2 (BEN) con el tratamiento con clorambucilo 0,8 mg/kg los días 1 y 15 (CLB) durante 6 ciclos en ambos brazos. Los pacientes recibieron alopurinol como prevención del síndrome de lisis tumoral.

La mediana de la supervivencia libre progresión de los pacientes tratados con BEN fue significativamente más prolongada que la de los tratados con CLB (21,5 frente a 8,3 meses, $p < 0,0001$ en el último seguimiento). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia global (no se alcanzó la mediana). La mediana de la duración de la remisión fue de 19 meses con BEN y de 6 meses con CLB ($p < 0,0001$). La evaluación de la seguridad no puso de manifiesto efectos adversos inesperados por su naturaleza o su frecuencia, en ninguno de los dos grupos de tratamiento. Se redujo la dosis de BEN en el 34 % de los pacientes. Se retiró del estudio al 3,9 % de los pacientes tratados con BEN por reacciones alérgicas.

Linfomas no-Hodgkin indolentes

La indicación en linfoma no-Hodgkin indolente se apoya en dos estudios no controlados de fase II. En el estudio pivotal prospectivo, multicéntrico y abierto, 100 pacientes que presentaban linfoma no-Hodgkin indolente de linfocitos B, refractario a rituximab en monoterapia o terapia combinada, recibieron BEN en monoterapia. Los pacientes habían recibido anteriormente una mediana de tres ciclos de quimioterapia o de tratamientos biológicos. La mediana del número de ciclos recibidos anteriormente con rituximab fue de 2. Los pacientes no habían respondido o habían progresado en los 6 meses posteriores al tratamiento con rituximab. La posología fue de BEN 120 mg/m² i.v. los días 1 y 2, planificado durante al menos 6 ciclos. La duración del tratamiento dependía de las respuestas (6 ciclos planificados). La tasa de respuestas global fue del 75 %, con un 17 % de respuestas completas (RC y RCnc) y un 58 % de respuestas parciales, evaluadas por un comité de revisión independiente. La mediana de la duración de la remisión fue de 40 semanas. Por lo general, BEN fue bien tolerado administrado en esta dosis y con esta pauta.

La indicación está también apoyada por otro estudio prospectivo, multicéntrico y abierto, que incluyó 77 pacientes. La población del estudio era más heterogénea e incluía: pacientes que presentaban linfoma no-Hodgkin de linfocitos B, indolente o transformado, refractario a rituximab en monoterapia o terapia combinada. Los pacientes no habían respondido o habían progresado en los 6 meses posteriores al tratamiento previo con rituximab, o habían tenido una reacción adversa al tratamiento previo con rituximab. Los pacientes habían recibido una mediana de tres ciclos de quimioterapia o de tratamiento biológico. La

mediana del número de ciclos previos con rituximab fue de 2. La tasa de respuestas global fue del 76 %, con una mediana de duración de la respuesta de 5 meses (29 [IC 95%, 22,1 - 43,1] semanas).

Mieloma múltiple

En un estudio prospectivo, multicéntrico, aleatorizado y abierto se incluyeron 131 pacientes con mieloma múltiple avanzado (estadio II con progresión o estadio III de Duire-Salmon). Se comparó el tratamiento de primera línea con hidroclicloruro de bendamustina combinado con prednisona (BP) con el tratamiento con melfalán y prednisona (MP). La tolerabilidad de los fármacos de los dos grupos de tratamiento estuvo en línea con sus respectivos perfiles de seguridad, con un número significativamente superior de reducciones de dosis en el brazo de BP. La posología fue hidroclicloruro de bendamustina 150 mg/m² i.v. los días 1 y 2 o melfalán 15 mg/m² i.v. el día 1, los dos combinados con prednisona. La duración del tratamiento dependía de la respuesta y duró una media de 6,8 ciclos en el grupo de BP y 8,7 ciclos en el grupo de MP.

Los pacientes en tratamiento con BP tuvieron una mediana más larga de supervivencia libre progresión que los pacientes tratados con MP (15 [IC95% 12-21] meses, frente a 12 [IC 95% 10-14] meses) (p=0,0566). La mediana del tiempo hasta el fallo del tratamiento fue de 14 meses con BP y de 9 meses con MP. La duración de la remisión fue de 18 meses con BP y de 12 meses con MP. La diferencia en la supervivencia global no es significativa (35 meses con BP y 33 con MP). La tolerabilidad de los fármacos de los dos grupos de tratamiento estuvo en línea con sus respectivos perfiles de seguridad, con un número significativamente superior de reducciones de dosis en el brazo de BP.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

Distribución

La semivida de eliminación $t_{1/2\beta}$ en 12 pacientes, después de 30 minutos de perfusión i.v. de 120 mg/m² de superficie corporal, fue de 28,2 minutos.

Después de 30 minutos de perfusión i.v., el volumen de distribución central fue de 19,3 l. El volumen de distribución en el estado de equilibrio, tras la administración de un bolus i.v. fue de 15,8 a 20,5 litros. Más del 95 % del principio se une a las proteínas plasmáticas (fundamentalmente a la albúmina).

Biotransformación

Una importante vía de eliminación de bendamustina es la hidrólisis a monohidroxi- y dihidroxi-bendamustina. En la formación de N-desmetil-bendamustina y gamma-hidroxi-bendamustina por metabolismo hepático interviene la isoenzima (CYP) 1A2 del citocromo P450. Otra vía importante del metabolismo de bendamustina es la conjugación con glutatión.

In vitro, bendamustina no inhibe las isoenzimas CYP 1A4, CYP 2C9/10, CYP 2D6, CYP 2E1 ni CYP 3A4.

Eliminación

El aclaramiento total medio en 12 pacientes, después de 30 minutos de perfusión i.v. de 120 mg/m² de superficie corporal, fue de 639,4 ml/min. Aproximadamente el 20 % de la dosis administrada se recuperó en la orina en 24 horas. Los compuestos eliminados por la orina, ordenados en función de las cantidades eliminadas, fueron: monohidroxi-bendamustina > bendamustina > dihidroxi-bendamustina > metabolito oxidado > N-desmetil bendamustina. En la bilis se eliminan principalmente los metabolitos polares.

Insuficiencia hepática

En pacientes con 30 - 70 % de afectación hepática por el tumor e insuficiencia hepática leve (bilirrubina sérica < 1,2 mg/dl) el comportamiento farmacocinético no se modificó. No hubo diferencias significativas con los pacientes con función hepática y renal normal en cuanto a la $C_{máx}$, la $t_{máx}$, el AUC, la $t_{1/2\beta}$, el volumen de distribución y el aclaramiento. El AUC y el aclaramiento corporal total de bendamustina se correlacionaron inversamente con la bilirrubina sérica.

Insuficiencia renal

En pacientes con aclaramiento de creatinina >10 ml/min, incluidos pacientes dependientes de diálisis, no se observaron diferencias significativas con los pacientes con función hepática y renal normal, en cuanto a la $C_{máx}$, la $t_{máx}$, el AUC, la $t_{1/2\beta}$, el volumen de distribución y el aclaramiento.

Pacientes de edad avanzada

Se llevaron a cabo estudios farmacocinéticos en personas de hasta 84 años de edad. La edad avanzada no afectó a la farmacocinética de bendamustina.

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

Las reacciones adversas no observadas en estudios clínicos pero apreciadas en animales con exposiciones a niveles similares a los niveles de exposición clínicos y con posible repercusión en el uso clínico fueron las siguientes:

Las investigaciones histológicas realizadas en perros mostraron hiperemia macroscópica visible de la mucosa y hemorragia en el tracto digestivo. Investigaciones microscópicas revelaron grandes alteraciones del tejido linfático, indicativas de inmunodepresión y cambios tubulares en los riñones y los testículos, así como alteraciones atróficas y necróticas del epitelio prostático.

En los estudios realizados con animales se constató que bendamustina es embriotóxica y teratógena.

Bendamustina induce aberraciones de los cromosomas y es mutagénica tanto *in vivo* como *in vitro*. En estudios a largo plazo realizados con ratones hembra, bendamustina ha sido cancerígena.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Butilhidroxitolueno
Macrogol 300

6.2. Incompatibilidades

Este medicamento no debe mezclarse con otros, excepto con los mencionados en la sección 6.6.

6.3. Periodo de validez

3 años.

El concentrado debe diluirse en una solución de cloruro de sodio 0.9%.

Después de la apertura del vial

Se ha demostrado que el producto permanece química y físicamente estable durante 28 días de 2° a 8°C. Desde el punto de vista microbiológico, una vez abierto el producto debe almacenarse durante un máximo de 28 días de 2°-8°C. El usuario es responsable de los tiempos y condiciones de almacenamiento.

Solución para perfusión

Tras la dilución, se ha demostrado que el producto permanece química y físicamente estable durante 3,5 horas a 25 °C/ 60% HR y durante 2 días de 2 °C a 8 °C, en bolsas de polietileno.

Desde el punto de vista microbiológico, la solución debe usarse inmediatamente. Si no se usa inmediatamente, el tiempo y las condiciones de almacenamiento durante su uso son responsabilidad del usuario.

La minimización del riesgo de contaminación del vial multidosis durante la retirada de cada dosis es responsabilidad del usuario. Registre la fecha y la hora de la primera dosis retirada en la etiqueta del vial.

Entre uso y uso, devuelva el vial multidosis a las condiciones de almacenamiento recomendadas de 2°–8°C.

6.4. Precauciones especiales de conservación

Conservar y transportar refrigerado (2-8°C). No congelar.
Conservar el vial en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.
Para las condiciones de conservación del medicamento diluido, ver la sección 6.3.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Viales de vidrio de tipo I ámbar de 5 ml con tapón de goma y cierre tipo flip-off.
Envases de 1 y 4 viales.
Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Durante la manipulación de Bendamustina Dr. Reddys se evitará su inhalación y el contacto con la piel o las mucosas (¡lleve guantes y ropa protectora!). Si se contamina una parte del cuerpo, se lavará cuidadosamente con agua y jabón; los ojos se lavarán con solución salina fisiológica. Si es posible, se aconseja trabajar sobre un banco de trabajo de seguridad especial (flujo laminar) con líquido impermeable absorbente desechable. Las mujeres del personal que estén embarazadas no deben manipular citostáticos.

El concentrado para solución para perfusión debe ser diluido en solución de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9 %) y a continuación se administrará mediante perfusión intravenosa. Se deben aplicar técnicas asépticas.

1. Dilución

Retirar asépticamente el volumen necesario de la dosis requerida de bendamustina 45 mg/ml por vial. Diluir la dosis recomendada total de Bendamustina Dr. Reddys 45 mg/ml con una solución de Cloruro sódico 0.9% para obtener un volumen final de 500 ml.

Mientras se produce la dilución, tener en cuenta que la concentración de bendamustina (45 mg/ml) en Bendamustina Dr. Reddys es superior a la de otros medicamentos concentrados obtenidos por reconstitución de bendamustina polvo.

Bendamustina Dr. Reddys 45 mg/ml debe ser diluido con una solución 0.9% NaCl y no con otra solución para inyectables.

2. Administración

La solución se administra en perfusión intravenosa durante 30 a 60 minutos.

Los viales son para más de un uso.

La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Reddy Pharma Iberia, S.A.
Avda Josep Tarradellas, nº 38
08029 Barcelona
España
Teléfono: 93 355 49 16
Fax: 93 355 49 61

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

82784

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Enero 2018

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Enero 2024