

## FICHA TÉCNICA

### 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos EFG  
Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos EFG

### 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 10 mg de leflunomida.  
Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 20 mg de leflunomida.

#### Excipiente(s) con efecto conocido:

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 39,1 mg de lactosa anhidra.  
Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 78,2 mg de lactosa anhidra.

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

### 3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido.

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos: Comprimidos blancos, redondos, grabados con “LE” sobre “10” en una cara y “APO” en la otra.

Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos: Comprimido blancos, con forma de arco triangular, grabados con “LE” sobre “20” en una cara y “APO” en la otra.

### 4. DATOS CLÍNICOS

#### 4.1. Indicaciones terapéuticas

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un “fármaco antirreumático modificador de la enfermedad” (FARME),
- artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (ej.: metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, la sustitución de leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

#### 4.2. Posología y forma de administración

El tratamiento se debe iniciar y supervisar por especialistas con experiencia en el tratamiento de artritis reumatoide y artritis psoriásica.

Los niveles de alanina transaminasa (ALT) (o transaminasa piruvato glutamato sérico SGPT) y un recuento hemático completo, incluyendo un recuento diferencial de leucocitos y un recuento de plaquetas, deben determinarse simultáneamente, y con la misma frecuencia en las siguientes situaciones:

- antes de iniciar el tratamiento con leflunomida,
- cada dos semanas durante los primeros seis meses de tratamiento, y
- posteriormente, cada ocho semanas (ver sección 4.4).

#### *Posología*

En artritis reumatoide: el tratamiento con leflunomida se inicia normalmente con una dosis de carga de 100 mg una vez al día durante 3 días. La omisión de la dosis de carga puede disminuir el riesgo de reacciones adversas (ver sección 5.1).

La dosis de mantenimiento recomendada es de 10 mg a 20 mg de leflunomida una vez al día dependiendo de la gravedad (actividad) de la enfermedad.

En artritis psoriásica: el tratamiento con leflunomida se inicia con una dosis de carga de 100 mg una vez al día durante 3 días.

La dosis recomendada de mantenimiento es leflunomida 20mg una vez al día ( ver sección 5.1)

El efecto terapéutico normalmente empieza después de 4 ó 6 semanas y puede mejorar posteriormente hasta los 4 ó 6 meses.

No hay un ajuste de dosis recomendable en pacientes con insuficiencia renal leve.

No se requiere realizar un ajuste de la dosis en los pacientes con edad superior a 65 años.

#### *Población pediátrica*

No se recomienda la utilización de leflunomida en pacientes menores de 18 años, ya que no se ha establecido la eficacia y la seguridad en la artritis reumatoide juvenil (ARJ) (ver secciones 5.1 y 5.2).

#### Forma de administración

Los comprimidos de Leflunomida se administran por vía oral. Los comprimidos de leflunomida deben ingerirse enteros con suficiente líquido. La ingesta de alimentos no modifica la absorción de la leflunomida.

### **4.3. Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad al principio activo (especialmente con historial previo de síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, eritema multiforme) o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.
- pacientes con insuficiencia hepática,
- pacientes con estados de inmunodeficiencia grave, ej.: SIDA,
- pacientes con afectación significativa de la función de la médula ósea o con anemia, leucopenia, neutropenia o trombocitopenia importante debida a causas distintas de la artritis reumatoide o psoriásica,
- pacientes con infecciones graves (ver sección 4.4),
- pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave, debido a que la experiencia clínica de la que se dispone en este grupo de pacientes es insuficiente,
- pacientes con hipoproteinemia grave, ej.: con síndrome nefrótico,
- mujeres embarazadas o mujeres en edad fértil que no utilicen un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con leflunomida y después de finalizar el mismo mientras los niveles plasmáticos del metabolito activo estén por encima de 0,02 mg/l (ver sección 4.6). Antes de iniciar el tratamiento con leflunomida, debe descartarse el embarazo,

- mujeres que se encuentren en periodo de lactancia (ver sección 4.6).

#### 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

No se aconseja la administración conjunta con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (ej.: metotrexato).

El metabolito activo de leflunomida, A771726, tiene una vida media larga, generalmente de 1 a 4 semanas. Pueden producirse efectos adversos graves (ej.: hepatotoxicidad, hematotoxicidad o reacciones alérgicas, ver más abajo), aunque se haya interrumpido el tratamiento con leflunomida. Por tanto, cuando aparezcan estos efectos adversos o si por cualquier otro motivo se necesita eliminar rápidamente del organismo el metabolito A771726, se deberá realizar el procedimiento de lavado. Este proceso deberá repetirse las veces que sea clínicamente necesario.

Para consultar el procedimiento para realizar el periodo de lavado en caso de embarazo tanto deseado como no planificado, ver sección 4.6.

##### *Reacciones hepáticas*

Durante el tratamiento con leflunomida, raramente se han notificado casos de lesiones hepáticas graves, incluyendo casos con desenlace fatal. La mayoría de los casos se produjeron durante los primeros seis meses de tratamiento. En estos casos, fue frecuente el tratamiento concomitante con otros fármacos hepatotóxicos. Se considera esencial que se cumplan estrictamente las recomendaciones de monitorización.

Los niveles de ALT (SGPT) deben medirse antes de iniciar el tratamiento con leflunomida, durante los primeros seis meses de tratamiento con la misma frecuencia que el recuento hemático completo (cada dos semanas) y posteriormente, cada ocho semanas.

En el caso de elevaciones de ALT (SGPT) entre dos y tres veces el límite superior del rango normal, debe considerarse una reducción de la dosis de 20 mg a 10 mg y se debe realizar un control de la función hepática semanal. En caso de que persista un aumento de los niveles de ALT (SGPT) de más de dos veces el límite superior del rango normal, o si se produjeran elevaciones de más de tres veces el límite superior del rango normal debe suspenderse el tratamiento con leflunomida e iniciar el procedimiento de lavado. Después de suspender el tratamiento, se recomienda mantener la monitorización de las enzimas hepáticas hasta su completa normalización.

Debido al potencial de efectos hepatotóxicos aditivos, se recomienda evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento con leflunomida.

Dado que el metabolito activo de leflunomida, A771726, se une en gran medida a las proteínas plasmáticas y se elimina vía metabolismo hepático y secreción biliar, es esperable que los niveles plasmáticos de A771726 se incrementen en pacientes con hipoproteinemia. Leflunomida está contraindicada en pacientes con hipoproteinemia grave o afectación grave de la función hepática (ver sección 4.3).

##### *Reacciones hematológicas*

Junto con los niveles de ALT, debe realizarse un recuento hemático completo, incluyendo recuento diferencial de leucocitos y plaquetas, antes de iniciar el tratamiento con leflunomida, así como cada 2 semanas durante los 6 primeros meses de tratamiento y, posteriormente, cada 8 semanas.

En pacientes con anemia, leucopenia y/o trombocitopenia preexistente, así como en pacientes con la función alterada de la médula ósea o aquéllos con riesgo de supresión de la médula ósea, el riesgo de aparición de alteraciones hematológicas es mayor. En estos casos, se debe considerar un periodo de lavado (ver más adelante) para reducir los niveles plasmáticos de A771726.

En caso de que se produzcan reacciones hematológicas graves, incluyendo pancitopenia, se debe suspender el tratamiento con leflunomida así como cualquier tratamiento mielosupresor concomitante e iniciar el procedimiento para realizar un periodo de lavado de leflunomida.

### *Combinaciones con otros tratamientos*

Hasta el momento no se ha estudiado el empleo de leflunomida con los antipalúdicos utilizados en el tratamiento de enfermedades reumáticas (ej.: cloroquina e hidroxiclороquina), sales de oro intramuscular u oral, D-penicilamina, azatioprina u otros agentes inmunosupresores incluyendo Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Alfa, no se han realizado estudios adecuadamente en los ensayos clínicos aleatorizados (excepto metotrexato, ver sección 4.5) Se desconoce el riesgo asociado con una terapia combinada, sobre todo a largo plazo. No se recomienda la combinación de leflunomida con otros FARMES (ej.: metotrexato) debido a que este tipo de tratamiento puede causar toxicidad aditiva o incluso de tipo sinérgico (ej.: hepato o hematotoxicidad).

Se recomienda precaución al administrar leflunomida junto con otros fármacos metabolizados por CYP2C9 distintos a los AINEs, como fenitoína, warfarina, femprocumon y tolbutamida.

### *Cambio a otros tratamientos*

Como leflunomida permanece en el organismo durante mucho tiempo, cualquier cambio a otro FARME (ej.: metotrexato) sin realizar el procedimiento para realizar un periodo de lavado (ver más adelante) podría incrementar la posibilidad de riesgos adicionales, incluso mucho tiempo después del cambio (ej. interacciones cinéticas, toxicidad órganoespecífica).

De forma similar, el tratamiento reciente con medicamentos hepatotóxicos o hematotóxicos (ej.: metotrexato) puede producir un aumento de los efectos adversos; por tanto, debe considerarse cuidadosamente si se inicia el tratamiento con leflunomida teniendo en cuenta la relación beneficio/riesgo que se espere alcanzar y se recomienda una monitorización más cuidadosa en la fase inicial tras el cambio.

### *Reacciones cutáneas*

En caso de estomatitis ulcerativa deberá suspenderse la administración de leflunomida.

Se han notificado muy pocos casos de Síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica en pacientes tratados con leflunomida. Tan pronto como se observen reacciones epidérmicas y/o de las mucosas, que susciten la sospecha de tales efectos adversos, debe suspenderse el tratamiento con leflunomida y cualquier otro tratamiento asociado e iniciar inmediatamente el procedimiento para realizar un período de lavado de leflunomida. En estos casos es esencial llevar a cabo un periodo de lavado completo. En estos casos está contraindicada la reexposición a leflunomida (ver sección 4.3).

Se han notificado casos de psoriasis pustular y empeoramiento de psoriasis después del uso de leflunomida. Se debe considerar la retirada del tratamiento teniendo en cuenta la enfermedad y antecedentes del paciente.

### *Infecciones*

Se sabe que los medicamentos con propiedades inmunosupresoras - como leflunomida- pueden producir que los pacientes sean más susceptibles a las infecciones, incluyendo infecciones oportunistas. Las infecciones pueden ser de naturaleza más grave y por tanto, pueden requerir un tratamiento precoz y enérgico. En caso de que se presentara una infección grave no controlada, podría ser necesario interrumpir el tratamiento con leflunomida y realizar un procedimiento de lavado, tal como se describe más adelante.

Raramente se han notificado casos de Leucoencefalopatía Progresiva Multifocal (LPM) en pacientes que reciben leflunomida entre otros inmunosupresores.

Antes de iniciar el tratamiento, en todos los pacientes se debe descartar una tuberculosis activa o inactiva ("latente"), según recomendaciones locales. Esto puede incluir antecedentes médicos, el posible contacto anterior con la tuberculosis, y/o la exploración apropiada como una radiografía de pulmón, un test de reacción a la tuberculina y /o el test de liberación de interferón gamma, según proceda. Se recuerda a los prescriptores el riesgo de resultados de falsos negativos en la prueba cutánea de la tuberculina, especialmente en los pacientes que estén gravemente enfermos o inmunocomprometidos. Los pacientes con antecedentes de tuberculosis deben ser supervisados cuidadosamente debido a la posibilidad de reactivación de la infección.

### Colitis

Se han notificado casos de colitis, incluyendo colitis microscópica, en pacientes tratados con leflunomida. En pacientes que reciben tratamiento con leflunomida y presentan una diarrea crónica de origen desconocido, se deben realizar los procedimientos diagnósticos adecuados.

### *Reacciones respiratorias*

Durante el tratamiento con leflunomida se notificaron casos de enfermedad pulmonar intersticial, así como casos raros de hipertensión pulmonar (ver sección 4.8). El riesgo de estas incidencias puede ser mayor para pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial. La enfermedad pulmonar intersticial es una alteración potencialmente fatal, que puede aparecer de forma aguda durante la terapia. Síntomas pulmonares, como tos y disnea pueden ser una razón para interrumpir el tratamiento y para realizar un estudio, si se considera apropiado.

### *Neuropatía periférica*

Se han notificado casos de neuropatía periférica en pacientes que reciben leflunomida. La mayoría de los pacientes mejoraron después de discontinuar el tratamiento con leflunomida. Sin embargo existe una amplia variabilidad en el desenlace final, ej: en algunos pacientes la neuropatía se resolvió y en otros pacientes persistieron los síntomas. En pacientes de más de 60 años, con medicaciones neurotóxicas concomitantes, y diabetes puede aumentar el riesgo de neuropatía periférica. Si un paciente que está tomando leflunomida desarrolla una neuropatía periférica, considere discontinuar el tratamiento con leflunomida y realizar el procedimiento de eliminación del medicamento (ver sección 4.4).

### *Presión sanguínea*

La presión sanguínea debe comprobarse antes de comenzar el tratamiento con leflunomida y posteriormente de forma periódica.

### *Procreación (recomendaciones para los hombres)*

Debe advertirse a los pacientes varones acerca de la posible toxicidad fetal mediada por el varón. Durante el tratamiento con leflunomida debe garantizarse una contracepción eficaz.

No existen datos específicos sobre el riesgo de toxicidad fetal mediada a través del varón. A pesar de ello, no se han realizado estudios en animales para evaluar este posible riesgo. Para minimizar este posible riesgo, los hombres que deseen tener descendencia, deben considerar suspender el uso de leflunomida y tomar 8 g de colestiramina, 3 veces al día, durante 11 días ó 50 g de carbón activo en polvo, 4 veces al día, durante 11 días.

En cualquiera de estos casos, debe medirse por primera vez la concentración plasmática de A771726. Posteriormente, debe determinarse de nuevo la concentración plasmática de A771726 después de un intervalo mínimo de 14 días. Si ambas concentraciones plasmáticas son inferiores a 0,02 mg/l y se esperar al menos 3 meses, el riesgo de toxicidad fetal es muy bajo.

### *Procedimiento para realizar un período de lavado*

Administrar 8 g de colestiramina 3 veces al día. Como alternativa, administrar 50 g de carbón activo en polvo, 4 veces al día. Por lo general, la duración de un período de lavado completo es de 11 días. La duración se puede modificar dependiendo de variables clínicas o de laboratorio.

### *Lactosa*

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento

Interferencia con la determinación de los niveles de calcio ionizado

La medición de los niveles de calcio ionizado podría mostrar valores falsamente disminuidos con el tratamiento con leflunomida y / o teriflunomida (metabolito activo de la leflunomida) dependiendo del tipo de medidor de calcio ionizado utilizado (por ejemplo, medidor de gases sanguíneos). Por lo tanto, la plausibilidad de la disminución de los niveles de calcio ionizado debe ser cuestionada en pacientes bajo tratamiento con leflunomida o teriflunomida. En caso de mediciones dudosas, se recomienda determinar la concentración de calcio sérico ajustada a la albúmina total.

#### **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**

Los estudios de interacción se han realizado sólo en adultos.

La administración reciente o el uso concomitante de fármacos hepatotóxicos o hematotóxicos, así como la administración de dichos fármacos tras el tratamiento con leflunomida sin un período de lavado, puede suponer un aumento de los efectos adversos (ver también las pautas relativas a la combinación con otros tratamientos, sección 4.4). Por tanto, se recomienda una monitorización rigurosa de los parámetros de enzimas hepáticas y hematológicas en la fase inicial después del cambio.

##### **Metotrexato**

En un pequeño ensayo (n = 30) en el que se estudió la administración concomitante de leflunomida (10 a 20 mg por día) con metotrexato (10 a 25 mg por semana) se observó una elevación de las enzimas hepáticas de entre 2 a 3 veces los valores normales en 5 de 30 pacientes. Todas las elevaciones se solucionaron, en 2 de ellas manteniendo la administración de los dos fármacos y en 3 tras la interrupción del tratamiento con leflunomida. En otros 5 pacientes se observó una elevación de las enzimas hepáticas superior a 3 veces los valores normales. Todas las elevaciones se resolvieron, en 2 de ellas manteniendo ambos fármacos y 3 tras la interrupción del tratamiento con leflunomida.

En pacientes con artritis reumatoide, no se han demostrado interacciones farmacocinéticas entre leflunomida (10 a 20 mg al día) y metotrexato (10 a 25 mg por semana).

##### **Vacunas**

No se dispone de datos clínicos sobre la eficacia y seguridad de las vacunas durante el tratamiento de leflunomida. Por tanto, no se recomienda la vacunación con vacunas vivas atenuadas. Debe tenerse en cuenta la larga semivida de leflunomida cuando se considere la administración de vacunas vivas atenuadas tras la finalización del tratamiento con leflunomida.

##### **Warfarina y otros anticoagulantes cumarínicos**

Se han notificado casos de aumento del tiempo de protrombina, cuando se administran conjuntamente leflunomida y warfarina. En un estudio farmacológico clínico con A771726, se observó una interacción farmacodinámica con la warfarina (ver más adelante). Por tanto, se recomienda una estrecha monitorización y seguimiento del INR (international normalised ratio) cuando se administre warfarina y otros anticoagulantes cumarínicos de forma concomitante.

##### **AINEs/Corticosteroides**

Si el paciente está en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o corticosteroides, puede mantenerse su administración después de iniciar el tratamiento con leflunomida.

##### **Efecto de otros medicamentos en leflunomida**

*Colestiramina o carbón activado*

Se recomienda que los pacientes en tratamiento con leflunomida no reciban colestiramina o carbón activo en polvo, ya que se produciría un rápido y significativo descenso de la concentración plasmática de A771726 (metabolito activo de leflunomida; ver sección 5). Se cree que esto es debido a la interrupción del ciclo enterohepático y/o diálisis gastrointestinal de A771726.

#### *Inhibidores CYP450 e inductores*

No se conocen con exactitud las enzimas involucradas en el metabolismo de leflunomida y sus metabolitos. En un estudio *in vivo* de interacción con cimetidina (inhibidor no específico del citocromo P450) se ha demostrado la falta de interacción significativa entre ambos. Tras la administración concomitante de una dosis única de leflunomida a sujetos en tratamiento con dosis múltiples de rifampicina (inductor no específico del citocromo P450) los niveles máximos de A771726 se incrementaron en aproximadamente un 40%, mientras que el AUC no varió significativamente. El mecanismo de este efecto no está claro.

#### Efecto de la leflunomida en otros medicamento

##### *Anticonceptivos orales*

En un ensayo con voluntarias sanas en el que se administró leflunomida junto con un anticonceptivo oral trifásico que contenía 30 µg de etinilestradiol, no se produjo ninguna reducción en la eficacia anticonceptiva de la píldora y la farmacocinética de A771726 se mantuvo dentro de los niveles previstos. Se observó una interacción farmacocinética del A771726 con anticonceptivos orales (ver abajo)

Se realizaron los siguientes estudios de interacción farmacocinética y farmacodinámica con A771726 (principal metabolito activo de leflunomida). No pueden excluirse interacciones similares fármaco-fármaco para leflunomida a las dosis recomendadas. Los siguientes resultados de los estudios y recomendaciones deben ser considerados en pacientes tratados con leflunomida:

##### Efecto en repaglinida (sustrato de CYP2C8)

Dosis repetidas de A771726 aumentaron la  $C_{max}$  media y la AUC (1,7- y 2,4-veces, respectivamente) de la repaglinida, sugiriendo que el A771726 es un inhibidor de CYP2C8 *in vivo*. Por tanto, se recomienda la monitorización de los pacientes con uso concomitante de fármacos metabolizados por CYP2C8, tales como repaglinida, paclitaxel, pioglitazona or rosiglitazona, ya que podrían tener una mayor exposición.

##### Efecto en cafeína (sustrato de CYP1A2)

Dosis repetidas de A771726 disminuyeron la  $C_{max}$  media y AUC de la cafeína (sustrato CYP1A2) en un 18% y 55%, respectivamente, y sugieren que el A771726 puede ser un débil inductor del CYP1A2 *in vivo*. Por tanto, medicamentos metabolizados por el CYP1A2 (tales como duloxetina, alosetron, teofilina y tizanidina) deben ser utilizados con precaución durante el tratamiento, ya que puede reducirse la eficacia de estos productos.

##### Efecto en sustratos del transportador de anión orgánico 3 (OAT3)

Dosis repetidas de A771726 aumentaron la  $C_{max}$  media y AUC (1,43- y 1,54-veces, respectivamente) de cefaclor, sugiriendo que el A771726 es un inhibidor del OAT3 *in vivo*. Por tanto, se recomienda precaución cuando se administren conjuntamente con sustratos del OAT3, tales como cefaclor, bencilpenicilina, ciprofloxacino, indometacina, ketoprofeno, furosemida, cimetidina, metotrexato, zidovudina.

##### Efecto en la BCRP (Proteína de Resistencia de Cáncer de Mama) y/o sustratos del polipéptido transportador de aniones orgánicos (OATPs) B1 y B3 (OATP1B1/B3).

Dosis repetidas de A771726 aumentaron la  $C_{max}$  media y AUC (2,65- and 2,51-veces, respectivamente) de rosuvastatina. Sin embargo, no hubo impacto aparente de este aumento de la exposición en plasma de rosuvastatina en la actividad de la HMG-CoA reductasa. Si se usan conjuntamente, la dosis diaria de rosuvastatina no debe exceder de 10 mg. Para otros sustratos de BCRP (ej: metotrexato, topotecán, sulfasalazina, daunorubicina, doxorubicina) y de la familia OATP especialmente inhibidores de la HMG-CoA reductasa (ej.: simvastatina, atorvastatina, pravastatina,

metotrexato, nateglinida, repaglinida, rifampicina), deben ser también utilizados con precaución cuando se usen conjuntamente. Los pacientes deben ser estrechamente monitorizados para detectar signos y síntomas de una exposición excesiva a los medicamentos y se debe considerar la reducción de la dosis de estos medicamentos.

Efecto en anticonceptivos orales (0,03 mg etinilestradiol y 0,15 mg levonorgestrel)  
Dosis repetidas de A771726 aumentaron la  $C_{max}$  media y  $AUC_{0-24}$  (1,58- y 1,54-veces, respectivamente) de etinilestradiol y la  $C_{max}$  media y  $AUC_{0-24}$  (1,33- y 1,41-veces, respectivamente) de levonorgestrel. Aunque no se espera que esta interacción afecte de manera adversa en la eficacia de los anticonceptivos orales, se debe tomar en consideración el tipo de tratamiento con anticonceptivos orales.

Efecto en warfarina (sustrato de CYP2C9)

Dosis repetidas de A771726 no tuvieron efecto en la farmacocinética de S-warfarina, indicando que A771726 no es un inhibidor ni un inductor de CYP2C9. Sin embargo, se observó una disminución del 25% en el pico del INR (international normalised ratio) cuando se administró conjuntamente A771726 con warfarina, comparado con la administración de warfarina sola. Por tanto, cuando se administre conjuntamente con warfarina, se recomienda el seguimiento y monitorización del INR.

).

#### **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia**

##### Embarazo

Se sospecha que el metabolito activo de leflunomida, A771726, provoca graves defectos natales si se administra durante el embarazo.

Leflunomida está contraindicada durante el embarazo (ver sección 4.3).

Las mujeres en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento y hasta 2 años después del mismo (ver “Período de espera” más adelante) o hasta 11 días después del tratamiento (ver “Período de lavado” más adelante).

La paciente debe ser avisada de que si hubiera un retraso en la menstruación o cualquier otra razón por la que se sospeche un embarazo, debe avisar al médico inmediatamente para que le realice una prueba de embarazo y, en caso positivo, la paciente y el médico deben discutir el riesgo para el embarazo. Es posible que el riesgo para el feto producido por la leflunomida disminuya si en el primer retraso de la menstruación se reducen los niveles plasmáticos del metabolito activo instaurando los procesos de eliminación descritos posteriormente.

En un estudio prospectivo reducido en mujeres ( $n = 64$ ) que se quedaron embarazadas involuntariamente mientras estaban tomando leflunomida durante un periodo de tiempo de no más de tres semanas después de la concepción y seguido de un procedimiento de eliminación del fármaco, no se observaron diferencias significativas ( $p = 0,13$ ) en la tasa total de defectos estructurales graves (5,4%) en comparación con cualquiera de los grupos comparativos (4,2% en el grupo en el que se presenta la enfermedad [ $n = 108$ ] y 4,2% en mujeres sanas embarazadas [ $n = 78$ ]).

En mujeres en tratamiento con leflunomida que deseen quedarse embarazadas se recomienda el seguimiento de uno de los siguientes procedimientos, para asegurar que el feto no sea expuesto a concentraciones tóxicas de A771726 (concentración diana inferior a 0,02 mg/l).

##### *Período de espera*

Cabe esperar que los niveles plasmáticos de A771726 sean superiores a 0,02 mg/l durante un período de tiempo prolongado. La concentración podría descender por debajo de 0,02 mg/l después de aproximadamente 2 años tras la interrupción del tratamiento con leflunomida.

Tras un período de espera de 2 años, se mide por primera vez la concentración plasmática de A771726. Posteriormente, tras un intervalo mínimo de 14 días, debe determinarse nuevamente la concentración plasmática de A771726. No es esperable que se produzca riesgo teratogénico si ambas concentraciones plasmáticas son inferiores a 0,02 mg/l.

Para más información sobre las muestras para los análisis, contacte con el Titular de la Autorización de Comercialización o su representante local (ver sección 7).

#### *Periodo de lavado (Procedimiento para realizar un periodo de lavado)*

Tras la suspensión del tratamiento con leflunomida:

- administrar 8 g de colestiramina, 3 veces al día, durante un período de 11 días,
- como alternativa, administrar 50 g de carbón activo en polvo, 4 veces al día, durante un período de 11 días.

Sin embargo, incluso siguiendo cualquiera de los procedimientos de lavado, es necesario que se verifique que los niveles plasmáticos del metabolito son inferiores a 0,02 mg/l mediante la realización de dos análisis separados por un intervalo mínimo de 14 días y se requiere un período de espera de un mes y medio desde la primera medición en la que se obtenga un valor inferior a 0,02 mg/l y la fertilización.

Se debe advertir a las mujeres en edad fértil que deseen quedarse embarazadas, que se requiere un período de espera de 2 años después de finalizar el tratamiento con leflunomida. Si no es posible que la paciente cumpla un periodo de espera de aproximadamente 2 años con una contracepción eficaz, se recomienda la realización de un procedimiento de lavado.

Tanto colestiramina como carbón activo en polvo pueden modificar la absorción de estrógenos y progestágenos, por lo que la contracepción con anticonceptivos orales no está garantizada durante el período de lavado con colestiramina o carbón activo en polvo. Se recomienda el uso de medidas contraceptivas alternativas.

#### Lactancia

Los estudios en animales indican que leflunomida o sus metabolitos pasan a la leche materna. Por tanto, las mujeres en período de lactancia, no deben recibir tratamiento con leflunomida.

#### Fertilidad

Los resultados de estudios de fertilidad realizados en animales no han mostrado efectos en la fertilidad masculina y femenina pero en estudios de toxicidad, a dosis repetidas, se observaron reacciones adversas en los órganos reproductores masculinos (ver sección 5.3).

### **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas**

En caso de que se produzcan efectos adversos como mareo, puede verse afectada la capacidad de concentración y reacción del paciente. En estos casos, los pacientes deberán abstenerse de conducir coches y utilizar maquinaria.

### **4.8. Reacciones adversas**

#### Resumen del perfil de seguridad

Las reacciones adversas notificadas frecuentemente durante el tratamiento con leflunomida son: aumento leve de la presión arterial, leucopenia, parestesia, cefalea, mareo, diarrea, náuseas, vómitos, trastornos de la

mucosa oral (ej.: estomatitis aftosa, úlceras bucales), dolor abdominal, aumento de la caída de cabello, eczema, erupción cutánea (incluyendo erupción maculopapular), prurito, sequedad de piel, tenosinovitis, incremento de creatinfosfoquinasa (CPK), anorexia, pérdida de peso (normalmente insignificante), astenia, reacciones alérgicas leves y elevación de los parámetros hepáticos (transaminasas (especialmente ALT), menos frecuentemente gamma-GT, fosfatasa alcalina, bilirrubina)).

Clasificación de las frecuencias esperadas:

Muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ), raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ) y muy raras ( $< 1/10.000$ ), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

<i>Infecciones e infestaciones</i>	
Raras:	infecciones graves, incluyendo sepsis que puede ser mortal
Como otros agentes con potencial inmunosupresor, leflunomida puede aumentar la susceptibilidad del paciente de padecer infecciones, incluyendo infecciones oportunistas (ver sección 4.4.). Por tanto la incidencia global de infecciones puede incrementarse (en particular, rinitis, bronquitis y neumonía).	
<i>Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos).</i>	
El riesgo de malignidad, particularmente en trastornos linfoproliferativos, es mayor con el uso de algunos agentes inmunosupresores.	
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>	
Frecuentes:	leucopenia (leucocitos $> 2$ G/l)
Poco frecuentes:	anemia, trombocitopenia leve (plaquetas $< 100$ G/l)
Raras:	pancitopenia (probablemente mediada por un mecanismo antiproliferativo), leucopenia (leucocitos $< 2$ G/l), eosinofilia
Muy raras:	agranulocitosis
El uso reciente, concomitante o consecutivo de medicamentos potencialmente mielotóxicos puede asociarse con un mayor riesgo de reacciones hematológicas.	
<i>Trastornos del sistema inmunológico</i>	
Frecuentes:	reacciones alérgicas leves
Muy raras:	reacciones anafilácticas/anafilactoides graves, vasculitis, incluyendo vasculitis necrotizante cutánea
<i>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</i>	
Frecuentes:	incremento de CPK
Poco frecuentes:	hipopotasemia, hiperlipidemia, hipofosfatemia
Raras:	incremento de LDH
Frecuencia no conocida:	hipouricemia
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	
Poco frecuentes:	ansiedad
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>	
Frecuentes:	parestesia, cefalea, mareo, neuropatía periférica
<i>Trastornos cardiacos</i>	
Frecuentes:	leve aumento de la presión arterial
Raras:	aumento grave de la presión arterial
<i>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</i>	
Raras:	enfermedad pulmonar intersticial (incluyendo neumonitis intersticial) que puede llegar a ser mortal
Frecuencia no conocida:	Hipertensión pulmonar
<i>Trastornos gastrointestinales</i>	
Frecuentes:	diarrea, náuseas, vómitos, trastornos de la mucosa oral (ej.: estomatitis aftosa, úlceras bucales), dolor abdominal, colitis, incluyendo colitis microscópica, como colitis linfocítica y colitis colágena
Poco frecuentes:	alteraciones del gusto

Muy raras:	Pancreatitis
<i>Trastornos hepatobiliares</i>	
Frecuentes:	elevación de los parámetros hepáticos (transaminasas (especialmente ALT), menos frecuentemente gamma-GT, fosfatasa alcalina, bilirrubina)
Raras:	hepatitis, ictericia/colestasis
Muy raras:	daño hepático grave, tal como insuficiencia hepática y necrosis hepática aguda que pueden llegar a ser mortales
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>	
Frecuentes:	aumento de la caída de cabello, eczema, erupción cutánea (incluyendo erupción maculopapular), prurito, sequedad de piel
Poco frecuentes:	Urticaria
Muy raras:	necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme
Frecuencia no conocida:	lupus eritematoso cutáneo, psoriasis pustular o empeoramiento de psoriasis, erupción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos (Síndrome DRESS).
<i>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</i>	
Frecuentes:	Tenosinovitis
Poco frecuentes:	rotura del tendón
<i>Trastornos renales y urinarios</i>	
Frecuencia no conocida:	fallo renal
<i>Trastornos del aparato reproductor y de la mama</i>	
Frecuencia no conocida:	leve disminución (reversible) de la concentración de esperma, recuento total de esperma y motilidad progresiva rápida
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>	
Frecuentes:	anorexia, pérdida de peso (normalmente insignificante), astenia

#### Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar las 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**

##### *Síntomas*

Se han notificado casos de sobredosis crónica en pacientes en tratamiento con una dosis diaria de leflunomida de hasta 5 veces la dosis diaria recomendada, y casos de sobredosis aguda en adultos y niños. En la mayoría de los casos de sobredosis notificados no se observaron reacciones adversas. Las reacciones adversas fueron coherentes con el perfil de seguridad de leflunomida: dolor abdominal, náuseas, diarrea, elevación de las enzimas hepáticas, anemia, leucopenia, prurito y erupción.

##### *Tratamiento*

En caso de sobredosis o toxicidad, se recomienda administrar colestiramina o carbón activo para acelerar la eliminación. Colestiramina administrada por vía oral a tres voluntarios sanos, a dosis de 8 g tres veces al día durante 24 horas, disminuyó los niveles plasmáticos de A771726 aproximadamente en un 40%, en 24 horas, y de un 49 % a 65%, en 48 horas.

La administración de carbón activo (polvo para suspensión), por vía oral o sonda nasogástrica (50 g cada 6 horas durante 24 horas), ha demostrado que reduce las concentraciones plasmáticas del metabolito activo A771726 en un 37% en 24 horas y en un 48% en 48 horas.

Estos procedimientos de lavado se podrían repetir si fuera clínicamente necesario.

Estudios realizados tanto con hemodiálisis como con DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria crónica) indican que A771726, el metabolito primario de leflunomida, no es dializable.

## 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

### 5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: inmunosupresores selectivos, Código ATC: L04AA13.

#### *Farmacología humana*

Leflunomida es un agente antirreumático modificador de la enfermedad, con propiedades antiproliferativas.

#### *Farmacología animal*

Leflunomida es eficaz tanto en los modelos animales de artritis como en los de otras enfermedades autoinmunes y de trasplante, principalmente si se administra durante la fase de sensibilización. Posee efectos inmunomoduladores/inmunosupresores, actúa como agente antiproliferativo y desarrolla propiedades antiinflamatorias. Los mejores efectos protectores de leflunomida en modelos de enfermedad autoinmune en animales se obtienen si se administra en las fases iniciales de la evolución (progresión) de la enfermedad.

*In vivo*, leflunomida se metaboliza rápidamente y casi por completo al metabolito activo *in vitro* A771726, que se supone que es el responsable del efecto terapéutico.

#### *Mecanismo de acción*

El A771726, el metabolito activo de leflunomida, inhibe al enzima dihidroorotato deshidrogenasa humana (DHODH) y ejerce una actividad antiproliferativa.

#### Eficacia clínica y seguridad

##### *Artritis reumatoide*

Se ha demostrado la eficacia de leflunomida en el tratamiento de la artritis reumatoide en 4 ensayos clínicos controlados (1 en fase II y 3 en fase III). En el ensayo YU203 en fase II, se aleatorizaron 402 sujetos con artritis reumatoide activa para recibir placebo (n = 102), 5 mg de leflunomida (n = 95), 10 mg de leflunomida (n = 101) ó 25 mg/día de leflunomida (n = 104). La duración del tratamiento fue de 6 meses.

En los ensayos clínicos en fase III, todos los pacientes tratados con leflunomida recibieron una dosis inicial de 100 mg durante 3 días.

En el ensayo MN301, se aleatorizaron 358 sujetos con artritis reumatoide activa para recibir 20 mg/día de leflunomida (n = 133), 2 g/día de sulfasalazina (n = 133) o placebo (n = 92). La duración del tratamiento fue de 6 meses.

El ensayo MN303 fue un estudio de continuación del MN301 de 6 meses de duración, sin brazo placebo, ciego y opcional que permitió obtener datos comparativos entre leflunomida y sulfasalazina en un periodo de 12 meses.

En el ensayo MN302 se aleatorizaron 999 sujetos con artritis reumatoide activa para recibir 20 mg/día de leflunomida (n = 501) o metotrexato a 7,5 mg/semana incrementándolo a 15 mg/semana (n = 498). La administración de un suplemento fólico fue opcional y sólo se utilizó en el 10% de los pacientes. La duración del tratamiento fue de 12 meses.

En el ensayo US301 se aleatorizaron 482 sujetos con artritis reumatoide activa para recibir 20 mg/día de leflunomida (n = 182), metotrexato 7,5 mg/semana incrementándolo a 15 mg/semana (n = 182) o placebo (n = 118). Todos los pacientes recibieron 1 mg bid de folato. La duración del tratamiento fue de 12 meses.

Leflunomida, administrada diariamente en una dosis mínima de 10 mg (10 a 25 mg en el ensayo YU203, 20 mg en los ensayos MN301 y US301) resultó estadísticamente superior a placebo reduciendo signos y síntomas de la artritis reumatoide en los tres ensayos controlados con placebo. Las tasas de respuesta del ensayo YU203 según el ACR (American College of Rheumatology) fueron 27,7% para placebo, 31,9% para leflunomida 5 mg, 50,5% para leflunomida 10 mg y 54,5% para leflunomida 25 mg/día. En los ensayos de fase III las tasas de respuesta ACR para leflunomida 20 mg/día versus placebo, fueron 54,6% vs. 28,6% (ensayo MN301) y 49,4% vs. 26,3% (ensayo US301).

Después de 12 meses de tratamiento activo, las tasas de respuesta ACR en los pacientes tratados con leflunomida fueron del 52,3% (ensayos MN301/303), 50,5% (ensayo MN302) y 49,4% (ensayo US301), comparado con la tasa de respuesta de sulfasalazina que fue del 53,8% (ensayos MN301/303) y metotrexato 64,8% (ensayo MN302) y 43,9% (ensayo US301). En el ensayo MN302 leflunomida fue significativamente menos efectiva que metotrexato. Sin embargo, en el ensayo US301 no se observaron diferencias significativas entre leflunomida y metotrexato en las variables primarias de eficacia. No se observaron diferencias entre leflunomida y sulfasalazina (ensayo MN301). El efecto del tratamiento con leflunomida fue evidente después de un mes de tratamiento, se estabilizó entre 3 a 6 meses y continuó a lo largo del curso del tratamiento.

Un ensayo clínico doble ciego, aleatorizado, de grupos paralelos y de no inferioridad, comparó la eficacia relativa de dos dosis diarias de mantenimiento diferentes de leflunomida, 10 y 20 mg. De los resultados se puede concluir que la eficacia de la dosis de mantenimiento de 20 mg fue más favorable aunque, por otro lado, los resultados de seguridad favorecieron la dosis de mantenimiento de 10 mg diarios.

#### *Población pediátrica*

Se ha realizado un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con comparador activo para estudiar el efecto de la administración de leflunomida en 94 pacientes (47 por brazo) con artritis reumatoide juvenil de evolución poliarticular. Los pacientes se reclutaron con un rango de edad entre 3-17 años, con artritis reumatoide juvenil de evolución poliarticular independientemente del tipo de inicio de la enfermedad y no tratados previamente con metotrexato o leflunomida. En este ensayo, la dosis inicial y de mantenimiento de leflunomida se basó en tres categorías de pesos: < 20 kg, 20-40 kg y > de 40 kg. Después de 16 semanas de tratamiento, la diferencia en las tasas de respuesta fue estadísticamente significativa a favor de metotrexato, siguiendo la definición de mejoría de la artritis reumatoide juvenil  $\geq 30\%$  ( $p = 0,02$ ) (ARJ “Definition of improvement” (DOI)). En los pacientes respondedores, esta respuesta se mantuvo durante 48 semanas (ver sección 4.2).

El perfil de efectos adversos de leflunomida y metotrexato parece ser similar, pero la dosis utilizada en pacientes de bajo peso produjo una exposición relativamente baja (ver sección 5.2). Estos datos no permiten recomendar una dosis segura y eficaz en esta población.

#### *Artritis psoriásica*

La eficacia de leflunomida se demostró en el ensayo 3L01, doble ciego, controlado, aleatorizado, en el que se administró 20 mg/día de leflunomida a 188 pacientes con artritis psoriásica. La duración del tratamiento fue de 6 meses.

La administración de 20 mg/día de leflunomida resultó significativamente superior a placebo en la reducción de los síntomas de la artritis en pacientes con artritis psoriásica: después de 6 meses de tratamiento y siguiendo el criterio de respuesta del tratamiento de la Artritis Psoriásica (PsARC), el 59% de los pacientes en el grupo de leflunomida fueron respondedores, frente al 29,7% en el grupo placebo ( $p < 0,0001$ ). El efecto de leflunomida sobre la mejora de la función y en la reducción de las lesiones cutáneas fue moderado.

#### *Estudios Post-comercialización*

Se ha realizado un estudio aleatorizado para evaluar la tasa de respuesta eficacia clínica en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) precoz que nunca habían recibido tratamiento con DMARD ( $n=121$ ), los cuales tomaron 20 mg o 100 mg de leflunomida en 2 grupos paralelos, doble ciego durante los 3 primeros días. Este periodo inicial fue seguido de un periodo de mantenimiento de 3 meses en abierto, durante el cual ambos grupos recibieron 20 mg de leflunomida diarias. No se observó ningún incremento del beneficio

total en la población en estudio con el uso de una dosis de carga. Los datos de seguridad obtenidos en ambos grupos de tratamiento fueron concordantes con el perfil de seguridad conocido de leflunomida, sin embargo, la incidencia de reacciones adversas gastrointestinales y enzimas hepáticas elevadas tendía a aumentar en los pacientes que recibieron la dosis de carga de 100 mg de leflunomida.

## 5.2. Propiedades farmacocinéticas

Leflunomida se convierte rápidamente en el metabolito activo, A771726, mediante un metabolismo de primer paso (apertura del anillo) en la pared intestinal y el hígado. En un ensayo con leflunomida marcada radiactivamente ( $^{14}\text{C}$ -leflunomida) en tres voluntarios sanos, no se detectó leflunomida inalterada en plasma, orina o heces. En otros ensayos, raramente se han podido detectar niveles plasmáticos de leflunomida inalterada, aunque a niveles plasmáticos de ng/ml. El único metabolito radiomarcado detectado en plasma fue A771726. Este metabolito es responsable de mayoritariamente la actividad total *in vivo* de leflunomida.

### Absorción

Los datos de excreción del ensayo con  $^{14}\text{C}$ , indican que al menos de un 82 a un 95% de la dosis es absorbida. El tiempo necesario para alcanzar las concentraciones plasmáticas máximas de A771726 es muy variable; los niveles plasmáticos máximos pueden aparecer entre 1 hora y 24 horas tras la administración única. Leflunomida puede administrarse con la comida ya que el grado de absorción es comparable tanto si se administra en ayunas como con las comidas. Teniendo en cuenta que la semivida de A771726 es muy larga (aproximadamente 2 semanas), en los ensayos clínicos se utilizó una dosis de carga de 100 mg durante 3 días para facilitar la rápida obtención de los niveles estacionarios de A771726. Sin una dosis de carga, se estima que la obtención de los niveles plasmáticos estacionarios puede requerir cerca de dos meses de dosificación. En ensayos a dosis múltiples en pacientes con artritis reumatoide, los parámetros farmacocinéticos de A771726 fueron lineales en el rango de dosis de 5 a 25 mg. En estos ensayos, el efecto clínico se relacionó con las concentraciones plasmáticas de A771726 y la dosis diaria de leflunomida. Con una dosis de 20 mg/día, las concentraciones plasmáticas medias de A771726 en el estado estacionario es de aproximadamente 35  $\mu\text{g/ml}$ . En el estado estacionario, los niveles plasmáticos se acumularon aproximadamente 33 a 35 veces en comparación con la dosis única.

### Distribución

En el plasma humano, A771726 se une extensamente a las proteínas (albúmina). La fracción de A771726 no ligada a proteínas es de, aproximadamente, el 0,62 %. La unión de A771726 es lineal en el rango de concentración terapéutico. La unión de A771726 aparece ligeramente reducida y más variable en el plasma de pacientes con artritis reumatoide o insuficiencia renal crónica. El hecho de que A771726 se una extensamente a las proteínas puede originar el desplazamiento de otros fármacos altamente ligados. Sin embargo, los estudios *in vitro* de interacción con warfarina en la unión a las proteínas plasmáticas a concentraciones clínicamente relevantes, no mostraron ninguna interacción. Estudios similares muestran que ibuprofeno y diclofenaco no desplazan a A771726, mientras que tolbutamida produce un incremento de 2 o 3 veces en la fracción de A771726 no unida a proteínas. A771726 desplaza de su unión a proteínas a ibuprofeno, diclofenaco y tolbutamida, aunque la fracción no ligada de estos fármacos se incrementa solamente entre un 10% y un 50%. No hay indicios de que estos efectos sean clínicamente relevantes. En consistencia con la importante unión a proteínas, A771726 tiene un volumen de distribución aparente bajo (aproximadamente 11 litros). No hay una captación preferencial en los eritrocitos.

### Metabolismo o Biotransformación

Leflunomida se metaboliza a un metabolito principal (A771726) y otros muchos metabolitos menores incluyendo a TFMA (4-trifluorometilanilina). La biotransformación metabólica de leflunomida a A771726

y el metabolismo subsecuente de A771726 no están controlados por un único enzima y se ha visto que ocurre en las fracciones celulares citosólicas y microsomales. Los estudios de interacción con cimetidina (inhibidor no específico del citocromo P450) y rifampicina (inductor no específico del citocromo P450), indican que, *in vivo*, los enzimas CYP están involucrados en el metabolismo de leflunomida solamente en una pequeña parte.

### Eliminación

La eliminación de A771726 es lenta y se caracteriza por un aclaramiento aparente de aproximadamente 31 ml/h. La semivida de eliminación en pacientes es de aproximadamente 2 semanas. Tras la administración de una dosis radiomarcada de leflunomida, la radioactividad fue igualmente excretada en heces, probablemente por eliminación biliar, y en orina. A771726 fue aún detectable en orina y heces 36 días después de una administración única. Los principales metabolitos en orina fueron compuestos glucurónidos derivados de leflunomida (principalmente en las muestras de 0 a 24 horas) y un ácido oxalínico derivado de A771726. El principal componente en heces fue A771726.

En el hombre, se ha demostrado que la administración de una suspensión oral de carbón activo en polvo o colestiramina produce un aumento rápido y significativo de la tasa de eliminación y disminución de las concentraciones plasmáticas de A771726 (ver sección 4.9). Se piensa que esto puede deberse a un mecanismo de diálisis gastrointestinal y/o interrupción del ciclo enterohepático.

#### *Insuficiencia renal*

Leflunomida se administró en una dosis oral única de 100 mg a 3 pacientes sometidos a hemodiálisis y 3 pacientes en diálisis peritoneal continua (DPCA). Parece que la farmacocinética de A771726 en pacientes sometidos a DPCA es similar a la de voluntarios sanos. Se ha observado que en individuos hemodializados A771726 se elimina más rápidamente aunque esto no es debido a la extracción del fármaco durante la diálisis.

#### *Insuficiencia hepática*

No se dispone de datos del tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática. El metabolito activo A771726 se une en gran medida a las proteínas plasmáticas y se elimina a través de metabolismo hepático y secreción biliar. Estos procesos podrían verse afectados por una disfunción hepática.

#### *Población pediátrica*

Se ha estudiado la farmacocinética de A771726 tras la administración de leflunomida por vía oral en 73 pacientes pediátricos con artritis reumatoide infantil poliarticular (artritis reumatoide juvenil o ARJ) en un rango de edad comprendido entre 3 y 17 años. Los resultados de los análisis farmacocinéticos del ensayo en esta población han demostrado que los pacientes pediátricos con un peso corporal  $\leq 40$  kg tienen una exposición sistémica reducida (medida con  $C_{ss}$ ) de A771726 comparados con pacientes adultos con artritis reumatoide (ver sección 4.2).

#### *Pacientes de edad avanzada*

Los datos farmacocinéticos en pacientes de edad avanzada (> 65 años) son limitados pero consistentes con la farmacocinética en adultos jóvenes.

### **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad**

Leflunomida se ha evaluado en estudios de toxicidad aguda en el ratón y la rata, tras administración oral e intraperitoneal. La administración repetida de leflunomida por vía oral a ratones durante un periodo de hasta 3 meses, ratas y a perros hasta 6 meses y monos hasta 1 mes, reveló que los órganos diana principales en cuanto a toxicidad, fueron médula ósea, sangre, tracto gastrointestinal, piel, bazo, timo y nódulos linfáticos. Los efectos adversos más importantes fueron anemia, leucopenia, disminución del número de plaquetas y panmielopatía, y reflejan el modo básico de acción del compuesto (inhibición de la síntesis de ADN). En ratas y perros, se encontraron cuerpos de Heinz y Howell-Jolly. Se observaron otros efectos adversos en corazón, hígado, córnea y tracto respiratorio que podrían explicarse como infecciones debidas

a la inmunosupresión. La toxicidad en animales se encontró a dosis equivalentes a las dosis terapéuticas humanas.

Leflunomida no fue mutagénica. Sin embargo, el metabolito menor TFMA (4-trifluorometilanilina) causó clastogenicidad y mutaciones puntuales *in vitro*, aunque no se dispone de suficiente información para conocer la posibilidad de que este efecto aparezca *in vivo*.

En un estudio de carcinogénesis en ratas, leflunomida no mostró potencial carcinogénico. En un estudio de carcinogénesis en ratón, se observó un aumento en la incidencia de linfomas malignos en los machos del grupo que recibía la dosis más alta, que se consideró producido por la actividad inmunosupresora de leflunomida. En ratón hembra se observó un aumento dosis-dependiente en la incidencia de adenomas bronquiolo-alveolares y carcinomas de pulmón. La relevancia de estos hallazgos en ratón respecto al uso clínico de leflunomida es incierta.

Leflunomida no fue antigénica en modelos animales.

En estudios de toxicidad a dosis repetidas, leflunomida resultó embriotóxica y teratogénica en ratas y conejos a dosis en el rango terapéutico humano y produjo reacciones adversas en los órganos reproductores masculinos. La fertilidad no se redujo.

## **6 . DATOS FARMACÉUTICOS**

### **6.1. Lista de excipientes**

Lactosa anhidra  
Crospovidona Tipo B  
Estearato de magnesio  
Sílice coloidal anhidra

### **6.2. Incompatibilidades**

No procede.

### **6.3. Periodo de validez**

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos: 2 años.  
Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos: 3 años.

### **6.4. Precauciones especiales de conservación**

Conservar por debajo de 25 °C.

### **6.5. Naturaleza y contenido del envase**

Estuches de blísteres (Alu/Alu) formables en frío de 30 y 100 comprimidos.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

### **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones**

Ninguna especial.

## **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Apotex Europe B.V.  
Archimedesweg 2  
2333 CN Leiden  
Países Bajos

## **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Leflunomida Apotex 10 mg comprimidos: 73.862  
Leflunomida Apotex 20 mg comprimidos: 73.863

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

Noviembre de 2011

## **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

Enero 2018