

Kestava® Abiraterona acetato

Comprimidos

Vía de administración: Oral

Industria Argentina

Venta bajo receta archivada

COMPOSICIÓN

Cada comprimido contiene:

Abiraterona acetato	250 mg
Lactosa monohidrato	198,65 mg
Povidona K30	35,75 mg
Croscarmelosa sódica	42,90 mg
Estearato de magnesio	10,73 mg
Dióxido de silicio coloidal	7,15 mg
Celulosa microcristalina PH101	141,23 mg
Laurilsulfato de sodio	28,60 mg

ACCIÓN TERAPÉUTICA

Inhibidor de la biosíntesis de andrógenos.

Código ATC: L02BX03

INDICACIONES

Kestava®, en combinación con prednisona o prednisolona, está indicado para:

- El tratamiento en hombres adultos del cáncer de próstata hormonosensible metastásico de reciente diagnóstico, de alto riesgo, en combinación con terapia de privación de andrógenos (TDA).
- El tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en hombres adultos que sean asintomáticos o levemente sintomáticos tras el fracaso del tratamiento de supresión de andrógenos, en los cuales la quimioterapia no está aun clínicamente indicada.
- El tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en hombres adultos cuya enfermedad ha progresado durante o tras un régimen de quimioterapia basado en docetaxel.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS. PROPIEDADES. Mecanismo de Acción

El acetato de abiraterona se convierte *in vivo* en abiraterona, un inhibidor de la síntesis de andrógenos, que inhibe a la 17 α -hidroxilasa/C17,20-liasa (CYP17). Esta enzima se expresa en los tejidos tumorales testiculares, suprarrenales y prostáticos y es necesaria para la biosíntesis de andrógenos.

La enzima CYP17 cataliza dos reacciones secuenciales: 1) la conversión de pregnenolona y progesterona en sus derivados 17 α -hidroxilados por la actividad de la de la 17 α -hidroxilasa y 2) la subsiguiente formación de la dihidroepiandrosterona (DHEA) y androstenediona, respectivamente, por la acción de la C17,20 liasa. La DHEA y la androstenediona son andrógenos y precursores de la testosterona.

La inhibición de la CYP17 por la abiraterona puede dar como resultado un aumento en la producción de mineralocorticoides en las glándulas suprarrenales.

El cáncer de próstata sensible a la acción de los andrógenos, responde al tratamiento que disminuye los niveles de andrógenos. Las terapias de privación de andrógenos, como el tratamiento con agonistas de la LHRH o la orquiectomía, disminuyen la producción de andrógenos en los testículos, pero no afectan la producción de andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales.

En ensayos clínicos, la abiraterona disminuyó la concentración de testosterona sérica y otros andrógenos. No es necesario monitorear los valores de testosterona sérica en pacientes en tratamiento con abiraterona.

Se observaron cambios en los valores séricos del antígeno prostático específico (APE o PSA, por sus siglas en inglés), pero estos cambios no se correlacionaron, en los pacientes, con el beneficio clínico.

Farmacodinamia

El acetato de abiraterona reduce la concentración sérica de testosterona y otros andrógenos hasta niveles inferiores a los alcanzados utilizando solo agonistas LHRH o mediante orquiectomía. Esto se produce por la inhibición selectiva de la enzima CYP17, necesaria para la biosíntesis de andrógenos. El PSA sirve como biomarcador en pacientes con cáncer de próstata. En un estudio clínico, con pacientes en los que había fracasado un tratamiento previo de quimioterapia con taxanos, el 38% de los pacientes tratados con acetato de abiraterona presentó reducción de al menos el 50% del PSA con respecto al nivel basal, frente al 10% de los tratados con placebo.

Farmacocinética

Se estudió la farmacocinética de la abiraterona y del acetato de abiraterona en sujetos sanos y en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración. *In vivo*, el acetato de abiraterona se convierte rápidamente en abiraterona.

Absorción

Luego de la administración oral de acetato de abiraterona a pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración, se tarda aproximadamente 2 horas en alcanzar la

concentración plasmática máxima de absorción. Se observó acumulación de abiraterona en la fase de meseta, con una exposición dos veces mayor en el área bajo la curva (ABC) en comparación con una única dosis de 1 g de acetato de abiraterona. Los valores obtenidos en la fase de meseta de C_{max} y ABC con una dosis de abiraterona de 1 g, no sufrieron modificaciones en un rango de dosis entre 250 a 1.000 mg; sin embargo, la exposición no aumentó en forma significativa cuando la dosis se duplicó de 1.000 a 2.000 mg.

La exposición sistémica de abiraterona aumenta cuando el acetato de abiraterona se administra con las comidas. La C_{max} y $ABC_{0-\infty}$ fueron aproximadamente entre 7 y 5 veces mayores, respectivamente, cuando el acetato de abiraterona se administró con comidas con bajo contenido graso y aproximadamente entre 17 y 10 veces mayores, respectivamente, cuando el acetato de abiraterona se administró con comidas de alto contenido graso. Teniendo en cuenta que existe una variación en el contenido y composición de las comidas, la toma de **Kestava®** con las comidas puede dar como resultado exposiciones muy variables. Por lo tanto, **Kestava®** no se debe tomar con alimentos. **Kestava®** debe ingerirse por lo menos dos horas después o una hora antes de las comidas. Los comprimidos deben tragarse enteros con agua.

Distribución y unión a proteínas

Abiraterona tiene una alta unión a proteínas plasmáticas (>99%), fundamentalmente a la albúmina y a la glicoproteína ácida alfa 1. Estudios *in vitro* demostraron que en concentraciones clínicamente relevantes, el acetato de abiraterona y la abiraterona no son sustratos de la glicoproteína P (P-gp) y que la abiraterona es un inhibidor de la P-gp.

Metabolismo

Luego de la administración oral de ¹⁴C-acetato de abiraterona en cápsulas, el acetato de abiraterona se hidroliza a abiraterona (el metabolito activo). Es probable que esta conversión se deba a la actividad de una esterasa (que aún no fue identificada) y que no esté mediada por el sistema de las citocromos. Posteriormente la abiraterona experimenta un metabolismo que incluye sulfatación, hidroxilación y oxidación principalmente en el hígado. Los principales metabolitos de la abiraterona son el sulfato de abiraterona y el N-óxido sulfato de abiraterona (ambos inactivos), que representan cerca del 43% de la exposición cada uno. La CYP3A4 y SULT2A1 son las enzimas involucradas en la formación del N-óxido sulfato de abiraterona y la SULT2A1 en la formación del sulfato de abiraterona.

Excreción

La vida media de la abiraterona en plasma de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración es de aproximadamente 12±5 horas. Luego de la administración oral de 1 g de ¹⁴C-acetato de abiraterona, aproximadamente un 88% y un 5% de la dosis radiactiva se recupera en heces y orina, respectivamente. Los principales compuestos presentes en las heces son el acetato de abiraterona sin cambios y abiraterona (aproximadamente el 55% y 22% de la dosis administrada, respectivamente).

Poblaciones especiales

Pacientes con deterioro hepático

Se evaluaron los parámetros farmacocinéticos de la abiraterona en pacientes con deterioro hepático leve (N=8/Child-Pugh clase A) o moderado (N=8/Child-Pugh clase B) y en la misma cantidad de voluntarios sanos con función hepática normal. La exposición sistémica de la abiraterona luego de una sola dosis oral de 1 g administrada en condiciones de ayuno, aumento aproximadamente 1,1 veces y 3,6 veces en los sujetos con deterioro hepático leve y moderado, respectivamente. La vida media terminal aumento a aproximadamente 18 horas en pacientes con deterioro hepático leve y a aproximadamente 19 horas en pacientes con deterioro hepático moderado.

En otro ensayo clínico se evaluaron los parámetros farmacocinéticos de abiraterona en pacientes con deterioro hepático severo (N=8/Child-Pugh clase C) comparados contra 8 voluntarios sanos con función hepática normal. El ABC de la abiraterona aumentó aproximadamente en siete veces en sujetos con deterioro hepático severo. Además, la unión a proteínas plasmáticas fue menor en pacientes con deterioro de la función hepática, dando como resultado un aumento en dos veces en la fracción de droga libre en pacientes con deterioro hepático severo.

Pacientes con deterioro de la función renal

Se examinaron los parámetros farmacocinéticos de la abiraterona en pacientes con enfermedad renal en estadio terminal en tratamiento estable con hemodiálisis (N=8) y en voluntarios sanos con función renal normal (N=8). En la cohorte de pacientes con función renal terminal, recibieron una dosis de abiraterona (1 gramo) en ayunas una hora después de la diálisis y con muestras de sangre recolectadas hasta 96 horas posteriores a la dosis. No se observó un aumento en la exposición sistémica en pacientes con deterioro renal, en comparación con sujetos con función renal normal.

POSOLÓGIA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

La dosis recomendada de **Kestava®** es de 1 g (cuatro comprimidos de 250 mg) administrado por vía oral una vez por día en combinación con 5 mg de prednisona o prednisolona por vía oral dos veces por día.

Kestava® se debe tomar por lo menos dos horas después de las comidas o una hora antes de la misma. Los comprimidos se deben tragar enteros con agua.

Ajuste de dosis

Deterioro hepático

En pacientes con deterioro hepático moderado (Child-Pugh clase B), se recomienda la disminución en la dosis de **Kestava®** a 250 mg/día. Esta dosis (250 mg/día), puede

alcanzar un ABC similar al que se observa en pacientes con función hepática normal que recibieron una dosis de abiraterona de 1.000 mg/día. Sin embargo, no hay datos clínicos con una dosis de 250 mg/día en pacientes con deterioro hepático moderado, por lo cual, se sugiere especial precaución. En estos pacientes se debe controlar los valores de ALAT, ASAT y bilirrubina antes de iniciar la terapia, en forma semanal durante el primer mes, cada dos semanas los dos meses siguientes y luego en forma mensual. Si el paciente con deterioro hepático moderado presenta un aumento en los valores de ASAT y/o ALAT mayor de 5 x el valor superior normal (VSN) o la bilirrubina total mayor que 3 x VSN, se debe discontinuar **Kestava®** en forma permanente.

NO SE DEBE TRATAR NUEVAMENTE A ESTOS PACIENTES CON KESTAVA®.

Toxicidad hepática

Se debe suspender el tratamiento con **Kestava®** en aquellos pacientes que durante el tratamiento presenten aumento en los valores ALAT y/o ASAT mayor a 5 x VSN. El tratamiento puede reanudarse con una dosis reducida de 500 mg/día una vez que los valores de la función hepática retornen a los valores basales. En los pacientes que reinician el tratamiento, se deben controlar los valores de transaminasas, como mínimo, cada 15 días durante los primeros tres meses y luego en forma mensual.

De ocurrir, nuevamente, un episodio de toxicidad hepática con una dosis de 500 mg/día, se debe interrumpir el tratamiento. Si los pacientes desarrollan hepatotoxicidad grave (ALAT o ASAT 20 veces por encima del LSN) en cualquier momento durante el tratamiento, se debe suspender el mismo y no se debe reanudar en estos pacientes.

Pacientes en tratamiento con inductores de la CYP3A4

Se debe evitar el uso concomitante de inductores de la CYP3A4 (por ejemplo: Fenitoína, carbamazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, fenobarbital) en forma conjunta con **Kestava®**. Aunque no hay datos clínicos de ajuste de dosis en pacientes que reciben inductores potentes de la CYP3A4, debido a la potencialidad de esta interacción; si un inductor potente de la CYP3A4 se administra en forma concurrente con **Kestava®**, se debe duplicar la frecuencia de la dosis (por ejemplo: de 1.000 mg una vez por día a 1.000 mg dos veces por día). Si se suspende el inductor de la CYP3A4, se debe disminuir la dosis de **Kestava®** a la previa.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de la formulación.

Mujeres embarazadas o que puedan estarlo.

Insuficiencia hepática grave [Clase C de Child-Pugh].

La abiraterona con prednisona o prednisolona está contraindicada en combinación con Ra – 223.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Hipertensión, hipocalcemia y retención hídrica por el exceso de mineralocorticoides

Abiraterona puede causar hipertensión, hipocalcemia y retención de líquidos como consecuencia del aumento de mineralocorticoides, provocado por la inhibición de la CYP17.

La administración en forma conjunta de un corticoide que suprime la hormona adrenocorticotrofa (ACTH), disminuye la incidencia y severidad de estas reacciones adversas. Se debe tener un especial cuidado en aquellos pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, hipocalcemia y retención hídrica (por ejemplo: falla cardíaca, infarto de miocardio o arritmia ventricular). **Kestava®** se debe utilizar con precaución en aquellos pacientes con historia de enfermedad cardiovascular. No se demostró la seguridad de la abiraterona en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda <50% o insuficiencia cardíaca clase III o IV según la *New York Heart Association* (NYHA) o insuficiencia cardíaca clase II a IV según la NYHA, dado que estos pacientes fueron excluidos de los ensayos clínicos. Se sugiere el control de la presión arterial, de los valores de potasio y la evaluación de la retención líquida por lo menos una vez por mes. Se debe controlar la presión arterial y los valores de potasio antes y durante el tratamiento con **Kestava®**.

Insuficiencia suprarrenal

Se comunicó insuficiencia suprarrenal en los estudios clínicos realizados a pacientes tratados con abiraterona + prednisona, luego de la interrupción de los esteroides diarios y/o infecciones concurrentes o estrés. Este medicamento se debe utilizar con precaución y se debe controlar los signos y síntomas de insuficiencia suprarrenal, particularmente en pacientes a quienes se suspenden los corticoides, disminuyen la dosis de prednisona o tienen episodios de estrés inusuales.

Los signos y síntomas de la insuficiencia suprarrenal pueden ser enmascarados por las reacciones adversas asociadas con el exceso de mineralocorticoides que se pueden observar en los pacientes tratados con abiraterona. De estar clínicamente indicado, se pueden realizar los análisis para confirmar el diagnóstico de insuficiencia adrenocortical. Se puede indicar un aumento en la dosis de corticoides antes, durante y después de las situaciones de estrés.

Toxicidad hepática e insuficiencia hepática

En ensayos clínicos controlados se observaron importantes elevaciones de las enzimas hepáticas que obligaron a suspender el tratamiento o a modificar la dosis. Se deben medir las concentraciones de transaminasas séricas antes de iniciar el tratamiento, cada dos semanas durante los tres primeros meses de tratamiento y posteriormente una vez por mes. Si

aparecen síntomas o signos clínicos indicativos de hepatotoxicidad, se debe medir inmediatamente las transaminasas séricas. Si en cualquier momento la ALAT o la ASAT aumentan más de 5 veces por encima del LSN, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento y monitorizar muy estrechamente la función hepática. Una vez que las pruebas de la función hepática vuelvan al valor basal del paciente, se podrá reanudar el tratamiento a dosis reducidas.

Si los pacientes desarrollan hepatotoxicidad grave (ALAT o ASAT 20 veces por encima del LSN) en cualquier momento durante el tratamiento, se debe suspender el mismo y no se debe reanudar en estos pacientes.

Los pacientes con hepatitis vírica activa o sintomática fueron excluidos de los ensayos clínicos, en consecuencia, no existen datos que respalden el uso de abiraterona en esta población. No hay datos sobre la seguridad ni eficacia clínica de dosis múltiples de acetato de abiraterona cuando se administra a pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Clase B o C de Child-Pugh). Se debe evaluar con precaución el uso de abiraterona a pacientes con insuficiencia hepática moderada, en los cuales el beneficio debe superar claramente el posible riesgo. **Kestava®** no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia hepática grave.

Se ha reportado con el uso de abiraterona casos, raros, de insuficiencia hepática aguda y hepatitis fulminante, algunos con desenlace mortal.

Retirada de corticosteroides y respuesta a situaciones de estrés

Se recomienda precaución y monitorizar la insuficiencia adrenocortical si los pacientes dejar de tomar prednisona o prednisolona. Si se mantiene el tratamiento con **Kestava®** después de retirar los corticosteroides, se debe controlar en los pacientes la aparición de síntomas por exceso de mineralocorticoides. En pacientes tratados con prednisona o prednisolona que se vean sometidos a más estrés de lo habitual, puede estar indicado un aumento de la dosis de corticosteroides antes, durante y después de la situación estresante.

Densidad ósea

En los hombres con cáncer de próstata metastásico avanzado (cáncer de próstata resistente a castración) la densidad ósea puede estar reducida. El uso de acetato de abiraterona en combinación con un glucocorticoide puede aumentar este efecto.

Uso previo de ketoconazol

En pacientes previamente tratados con ketoconazol para cáncer de próstata se pueden esperar menores tasas de respuesta.

Hiper glucemia

El uso de glucocorticoides puede aumentar la hiperglucemia, por lo que se debe medir con frecuencia la glucemia en pacientes diabéticos.

Uso con quimioterapia

No se ha establecido la seguridad ni la eficacia del uso concomitante de abiraterona con quimioterapia.

Posibles riesgos

En hombres con cáncer de próstata metastásico puede aparecer anemia y disfunción sexual incluyendo a aquellos en tratamiento con abiraterona.

Prolongación del QT

En un estudio multicéntrico, abierto, de una sola rama, 33 pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico recibieron abiraterona (1 gramo/día) en combinación con prednisona 5 mg dos veces por día. La evaluación en el segundo ciclo (día 2) demostró que no se detectaron cambios en el intervalo QT corregido (>20 ms) con referencia al estudio basal. Sin embargo, pequeños aumentos del intervalo QT corregido (<10 ms), que pueden deberse al acetato de abiraterona no pueden ser excluidos por las limitaciones en el diseño del estudio.

Lactosa

Este medicamento contiene lactosa en su composición. Los pacientes con problemas de intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o mala absorción de la glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.

Sodio

Este medicamento también contiene más de 1 mmol (o 27,2 mg) de sodio por dosis de cuatro comprimidos, lo que deberá tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes con dietas pobres en sodio.

Efectos sobre el músculo esquelético

Se han notificado casos de miopatía en pacientes tratados con abiraterona. Algunos pacientes tuvieron rhabdomiólisis con insuficiencia renal. La mayoría de los casos se desarrollaron en los primeros seis meses de tratamiento y se recuperaron tras la retirada del mismo. Se recomienda precaución en los pacientes tratados simultáneamente con medicamentos asociados con casos de miopatía/rhabdomiólisis.

Combinación con abiraterona y prednisona /prednisolona con Ra-223

El tratamiento con abiraterona y prednisona /prednisolona en combinación con Ra – 223 está contraindicado, debido a un aumento del riesgo de fracturas y una tendencia a una mayor mortalidad entre los pacientes con cáncer asintomáticos o levemente sintomáticos tal y como se observó en ensayos clínicos.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas
La influencia de abiraterona sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

Embarazo

Categoría X.

La abiraterona puede causar daño fetal cuando se administra a mujeres embarazadas basándose en su mecanismo de acción y los hallazgos en animales. Mientras no existan ensayos clínicos bien controlados y adecuados de abiraterona en

mujeres embarazadas, **Kestava®** no esta indicado en mujeres.

Lactancia

Kestava® no esta indicado para su uso en mujeres. Se desconoce si el acetato de abiraterona se excreta por la leche materna. Habida cuenta que muchas drogas se eliminan por leche materna y por el potencial de reacciones adversas serias en lactantes, se debe tomar la decisión de discontinuar la lactancia o discontinuar la droga, tomando en cuenta la importancia de la droga para la madre.

Uso pediátrico

No se estableció la seguridad y efectividad de abiraterona en población pediátrica.

Uso geriátrico

En estudios clínicos no hubo diferencias en la seguridad y efectividad entre los pacientes de edad avanzada y los pacientes más jóvenes. Otros reportes clínicos no identificaron diferencias en la respuesta entre los ancianos y jóvenes. Pero, no puede ser descartada, una mayor sensibilidad en pacientes mayores.

Deterioro hepático

No se debe utilizar **Kestava®** en pacientes con deterioro hepático severo (Child-Pugh clase C).

Deterioro renal

No se requiere ajuste de dosis en pacientes con deterioro renal.

Interacciones

Drogas que inhiben o inducen a las enzimas CYP3A4

En base a datos *in vitro*, la abiraterona es un sustrato de la CYP3A4.

En un estudio clínico de interacciones de drogas, la administración de rifampicina (un fuerte inductor de la CYP3A4) 600 mg/día durante 6 días, seguido por una dosis simple de 1.000 mg de acetato de abiraterona, disminuyó la exposición a la abiraterona en un 55%. Se debe evitar la administración de inductores de la CYP3A4 (por ejemplo: fenitoina, carbamazepina, rifampicina, rifabutin, rifapentina, fenobarbital), durante el tratamiento con **Kestava®**. De no poder evitarse esta situación, se debe aumentar la frecuencia de la dosis de **Kestava®**.

En la situación contraria, la administración concurrente de un fuerte inhibidor de CYP3A4, no tuvo efectos clínicamente importantes sobre la farmacocinética de la abiraterona.

Efectos de la abiraterona sobre otras drogas.

La abiraterona es un inhibidor de las enzimas hepáticas CYP2D6 y CYP2C8. En un ensayo de interacciones entre drogas, la C_{max} y ABC del dextrometorfano (sustrato de la CYP2D6) aumento 2,8 y 2,9 veces; respectivamente cuando se administró con una dosis de acetato de abiraterona de 1.000 mg/día y prednisona 5 mg dos veces por día. Se debe evitar la administración conjunta del acetato de abiraterona con sustratos de la CYP2D6 con un índice terapéutico estrecho (por ejemplo tioridazina). De no existir tratamientos alternativos o de no poder utilizarse, se debe tener una extrema precaución o se debe considerar la disminución en la dosis de la droga sustrato de la CYP2D6.

Carcinogénesis, mutagénesis y deterioro de la fertilidad

En un estudio de carcinogénesis de una duración de dos años, en ratas el acetato de abiraterona en una dosis de 5, 15 y 50 mg/kg/día (machos) y de 15, 50 y 150 mg/kg/día (hembras), aumentó la incidencia de adenomas de células intersticiales, en todos los niveles estudiados. Estos hallazgos son consistentes con la actividad farmacológica de la abiraterona. Las ratas son más sensibles que los humanos a desarrollar tumores intersticiales en los testículos. El acetato de abiraterona no fue carcinogénica en ratas hembras con valores de exposición hasta 0,8 veces la exposición en los humanos basándose en el ABC.

El acetato de abiraterona no fue carcinogénico en un estudio de 6 meses en ratón transgénico (Tg.rasH2).

El acetato de abiraterona y la abiraterona no indujeron mutaciones en el ensayo de mutagénesis microbiana (test de Ames) y no fueron clastogénicos tanto en test *in vitro* como *in vivo* con linfocitos humanos primarios ni en el ensayo *in vivo* de micronúcleos en ratas.

El acetato de abiraterona puede deteriorar las funciones reproductivas y la fertilidad en humanos, basándonos en hallazgos animales. En estudios de toxicidad en ratas machos (entre 13 a 25 semanas) y en monos (39 semanas), se reportaron atrofia, aspermia/hipospermia e hiperplasia en el sistema reproductivo. Se utilizó una dosis de ≥ 50 mg/kg/día en ratas y ≥ 250 mg/kg/día en monos y fue consistente con la actividad antiandrogénica de la abiraterona. Estos efectos fueron observados en ratas con una exposición sistémica similar a los humanos y en monos con una exposición aproximada de 0,6 veces la observada en los humanos basándose en el ABC.

En estudios de fertilidad en ratas macho tratados durante 4 semanas con una dosis ≥ 30 mg/kg/día, se reportó, una disminución en el peso de los órganos del sistema reproductivo, una reducción en el recuento de espermia, motilidad de espermia reducida, alteración en la morfología de espermia y disminución en la fertilidad. El apareamiento entre hembras no tratadas con machos que recibieron 30 mg/kg/día de acetato de abiraterona resultó en una disminución en el número de cuerpos lúteos, implantes y embriones vivos y en un aumento en la incidencia de pérdidas de implantaciones. Los efectos en rata macho fueron reversibles luego de 16 semanas desde la última administración de abiraterona.

Se reportó un aumento en la incidencia de ciclos estrogénicos irregulares o extendidos y pérdidas previas a la implantación (dosis 300 mg/kg/día) en ratas hembras tratadas durante dos semanas hasta el séptimo día del embarazo con una dosis ≥ 30 mg/kg/día. No hubo diferencia en el apareamiento, fertilidad y camadas en ratas hembras que recibieron abiraterona. Los

efectos en las ratas hembras fueron reversibles luego de 4 semanas de la última administración de abiraterona. La dosis de 30 mg/kg /día en ratas es de aproximadamente 0,3 veces la dosis recomendada de 1.000 mg/día en base al área de superficie corporal.

Toxicología y/o farmacología en animales

En los estudios de 13 y 26 semanas realizados en ratas y en los estudios de 39 semanas realizados en monos, se presentó una disminución en los niveles circulantes de testosterona con acetato de abiraterona en aproximadamente la mitad de la exposición clínica humana basada en el ABC. Como resultado, se observaron disminuciones en el peso de los órganos y toxicidades en el aparato reproductor masculino y femenino, las glándulas suprarrenales, hígado y glándula pituitaria (ratas solamente) y las glándulas mamarías masculinas. Los cambios en los órganos reproductores son compatibles con la actividad farmacológica antiandrogénica del acetato de abiraterona. Se observó un aumento en la incidencia de cataratas en ratas, dependiente de la dosis, a las 26 semanas a partes de ≥ 50 mg/kg/día (1,14 veces la exposición clínica humana basada en el ABC). En el estudio de 39 semanas con monos, no se observaron cataratas con las dosis más elevadas (2 veces la exposición clínica basada en el ABC). Todas las otras toxicidades asociadas con el acetato de abiraterona se resolvieron o revirtieron parcialmente después de un período de recuperación de 4 semanas.

REACCIONES ADVERSAS

Las reacciones adversas más frecuentes observadas son edema periférico, hipopotasemia, hipertensión e infección urinaria. Otras reacciones adversas importantes incluyen, trastornos cardíacos, hepatotoxicidad, fracturas y alveolitis alérgica. El acetato de abiraterona puede causar hipertensión, hipopotasemia y retención de líquidos como consecuencia farmacodinámica de su mecanismo de acción. En los ensayos clínicos, las reacciones adversas esperadas a los mineralocorticoides se observaron con más frecuencia en los pacientes tratados con acetato de abiraterona que en los que recibieron placebo: hipopotasemia 18% frente al 8%; hipertensión 22% frente al 17%, respectivamente. En los pacientes tratados con acetato de abiraterona, se observó hipopotasemia grado 3 y 4 de CTCAE (versión 4.0) e hipertensión arterial grado 3 y 4 de CTCAE en el 8% y el 5% de los pacientes, respectivamente. Las reacciones a los mineralocorticoides generalmente se controlaron bien con tratamiento médico. El uso simultáneo de un corticosteroide reduce la incidencia y la intensidad de estas reacciones adversas.

En los estudios de pacientes con cáncer de próstata avanzado metastásico que estaban tomando un análogo de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH), o que se habían sometido a una orquiectomía, se les administró acetato de abiraterona en una dosis de 1.000 mg diarios en combinación con prednisona o prednisolona a dosis bajas (10 mg al día). Las reacciones adversas observadas en ensayos clínicos y durante la experiencia post comercialización se enumeran a continuación en orden de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen de la siguiente manera: 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 $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$) y no conocida (la frecuencia no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

REACCIONES ADVERSAS IDENTIFICADAS EN ENSAYOS CLÍNICOS Y POST COMERCIALIZACIÓN

Infecciones e infestaciones	Muy frecuentes: infección urinaria. Frecuentes: sepsis.
Trastornos endocrinos	Poco frecuentes: insuficiencia adrenal.
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy frecuentes: hipopotasemia. Frecuentes: hipertrigliceridemia.
Trastornos cardíacos	Frecuentes: insuficiencia cardíaca*, angina de pecho, arritmia, fibrilación auricular, taquicardia no conocida, infarto de miocardio. Frecuencia no conocida: prolongación del intervalo QT.
Trastornos vasculares	Muy frecuentes: hipertensión.
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales	Raras: alveolitis alérgica ^a
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes: diarrea Frecuentes: dispepsia
Trastornos hepato biliares	Muy frecuentes: aumento ALAT/ASAT. Raras: hepatitis fulminante, insuficiencia hepática aguda
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo	Frecuentes: exantema..
Trastornos músculo esqueléticos y del tejido conjuntivo	Poco frecuentes: miopatía, rabdomiólisis
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes: hematuria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes: edema periférico
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos	Frecuentes: fracturas**
Trastornos del sistema inmune	Desconocida: reacciones anafilácticas.

* La insuficiencia cardíaca incluye insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción ventricular izquierda y disminución de la fracción de eyección.
** Fracturas incluyen todas las fracturas excepto la fractura patológica y osteoporosis.

^a Notificaciones espontáneas procedentes de la experiencia post comercialización.

En pacientes tratados con acetato de abiraterona se observaron las siguientes reacciones adversas grado 3 de CTCAE: 5% hipopotasemia; 2% de infecciones urinarias, 4% aumento de la ALAT/ASAT, 6% hipertensión, y 2% fracturas; edema periférico, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, un 1% en cada caso. En <1% de los pacientes se observó hipertriglicéridemia grado 3 de CTCAE y angina de pecho. En <1% de los pacientes se observó infección urinaria, elevación de la alanina aminotransferasa y/o elevación de la aspartato aminotransferasa, hipopotasemia, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y fracturas Grado 4 de CTCAE.

Se observó una mayor incidencia de hipertensión e hipopotasemia en la población hormonosensible. Se notificó hipertensión en el 36,7% de los pacientes en la población hormonosensible en comparación con otros estudios (11,8% y 20,2%). Se comunicó hipopotasemia en el 20,4% de los pacientes en la población hormonosensible en un ensayo clínico, en comparación con otros, donde el porcentaje fue del 19,2% y 14,9%. La incidencia y la gravedad de los efectos adversos fue mayor en el subgrupo de pacientes con un estado funcional basal ECOG 2 y también en los pacientes de edad avanzada (≥ 75 años).

Descripción de algunas reacciones adversas

Reacciones cardiovasculares

En los tres ensayos fase III se excluyó a los pacientes con hipertensión no controlada, cardiopatía clínicamente significativa manifestada por infarto de miocardio o episodios tromboticos arteriales en los últimos 6 meses, angina grave o inestables o insuficiencia cardíaca de clase III o IV de la NYHA o insuficiencia cardíaca de clase II a IV o fracción de eyección cardíaca <50%. Todos los pacientes incluidos en el estudio (tanto los que recibieron principio activo como placebo) recibieron simultáneamente tratamiento de privación de andrógenos, predominantemente con el uso de análogos de la LHRH, que se ha asociado a diabetes, infarto de miocardio, accidente cerebro vascular y muerte súbita cardíaca. La incidencia de reacciones adversas cardiovasculares en los estudios de fase III en los pacientes tratados con acetato de abiraterona frente a los tratados con placebo fue: fibrilación auricular 2,6% frente al 2%; taquicardia 1,9% frente al 1%; angina de pecho 1,7% frente al 0,8%; insuficiencia cardíaca 0,7% frente al 0,2% y arritmia 0,7% frente al 0,5%.

Hepatotoxicidad

Se ha notificado hepatotoxicidad con aumento de ALAT, ASAT y bilirrubina total en pacientes tratados con acetato de abiraterona. En los ensayos clínicos fase III se notificó hepatotoxicidad de grado 3 y 4 (por ejemplo un aumento de ALAT o ASAT >5 x LSN o aumento de la bilirrubina >1,5 x LSN) en aproximadamente el 6% de los pacientes que recibieron acetato de abiraterona, generalmente en los 3 meses siguientes al inicio del tratamiento. En uno de los ensayos, se observó hepatotoxicidad de grado 3 o 4 en el 8,4% de los pacientes tratados con abiraterona. Diez pacientes tratados con abiraterona suspendieron el tratamiento por hepatotoxicidad, dos presentaron hepatotoxicidad de grado 2, seis tuvieron toxicidad hepática de grado 3 y dos de grado 4. Ningún paciente falleció por toxicidad hepática en uno de los ensayos clínicos. En otros estudios clínicos en fase III, los pacientes con valores basales elevados de ASAT y ALAT tuvieron más probabilidades de presentar aumentos en las pruebas de función hepática que los que empezaron el estudio con valores normales. Cuando los valores de ALAT y ASAT se elevaron >5 x LSN o la bilirrubina se elevó >3 x LSN, se interrumpió o se suspendió el tratamiento con acetato de abiraterona. En dos casos pacientes con función hepática basal normal presentaron elevaciones de la ALAT o la ASAT de 15 a 40 x LSN y aumento de la bilirrubina de 2 a 6 x LSN. Tras la suspensión del tratamiento, se normalizaron los resultados de las pruebas de la función hepática de ambos pacientes y en un paciente se pudo reanudar el tratamiento sin que reaparecieran las elevaciones. En otro estudio clínico, se comunicaron aumentos de la ASAT o la ALAT de grado 3 o 4 en 35 pacientes (6,5%) tratados con acetato de abiraterona. Los aumentos de las aminotransferasas se resolvieron en todos los pacientes excepto en 3 casos (dos pacientes con nuevas metástasis hepáticas múltiples y 1 paciente con aumento de la ASAT alrededor de 3 semanas después de la última dosis de acetato de abiraterona). En los ensayos clínicos de fase III se notificaron suspensiones del tratamiento debido a aumentos de la ALAT y la ASAT o función hepática anormal en el 1,1% de los pacientes tratados con acetato de abiraterona y en el 0,6% de los tratados con placebo; no se notificaron muertes por episodios de toxicidad hepática.

En los ensayos clínicos, el riesgo de toxicidad hepática disminuyó al excluir a los pacientes con hepatitis basal o anomalías significativas basales de las pruebas de función hepática. En uno de los ensayos, se excluyeron los pacientes con valores basales de ASAT y ALAT >2,5 x LSN, bilirrubina >1,5 x LSN o aquellos con hepatitis vírica activa o sintomática o enfermedad hepática crónica; ascitis o trastornos hemorrágicos secundarios a disfunción hepática. En uno de los ensayos, se excluyó a los pacientes con valores basales de ALAT y ASAT $\geq 2,5$ x LSN en ausencia de metástasis hepáticas y >5 x LSN en presencia de metástasis hepáticas y se excluyó a los que tenían valores basales de ALAT y ASAT $\geq 2,5$ x LSN. Los resultados anormales en las pruebas de función hepática obtenidos en pacientes que participaron en ensayos clínicos recibieron una respuesta contundente, consistente en la interrupción del tratamiento y su reanudación únicamente cuando las pruebas de la función hepática se normalizaron y retornaron a los valores basales del paciente. El tratamiento no se reanudó en pacientes

con elevaciones de la ALAT y ASAT >20 x LSN. No se ha establecido la seguridad de la reanudación del tratamiento en dichos pacientes. Se desconoce el mecanismo de hepatotoxicidad.

Experiencia pos mercadeo

Las siguientes reacciones adversas fueron identificadas luego de la aprobación de acetato de abiraterona. Habida cuenta que estas reacciones fueron reportadas en forma voluntaria desde una población de un tamaño incierto, no siempre fue posible estimar la frecuencia o establecer la relación causal con la exposición a la droga.

Desórdenes respiratorios, torácicos o mediastinales: neumonitis no infecciosa.

Desórdenes músculo esqueléticos y del tejido conectivo: miopatía, incluso rabdomiólisis.

SOBREDOSIFICACIÓN

Es limitada la experiencia con sobredosis por acetato de abiraterona.

No existe un antídoto específico. De ocurrir un evento de sobredosis, se debe suspender la terapia con **Kestava®** y tomar las medidas de soporte generales, incluyendo el monitoreo de arritmias, la falla cardíaca y la evaluación de la función hepática.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez:

0800-444-8694

(011) 4962-6666 / 2247

Centro Nacional de Intoxicaciones Hospital A. Posadas:

0-800-333-0160

(011) 4654-6648 / 4658-7777

PRESENTACIONES

Kestava® 250 mg: envases con 120 comprimidos.

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Conservar a temperatura ambiente entre 15 °C y 30 °C.

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS

Si considera que alguno de los efectos adversos es grave o no está mencionado en este prospecto, informe a:

Bioprofarma Bagó S.A.: (011) 4016-6200

farmacovigilancia@bioprofarma.com

Ante cualquier inconveniente con el producto usted puede completar la ficha que está en la página web de la ANMAT: <http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a **ANMAT responde:** 0800-333-1234

Este medicamento debe usarse únicamente hasta la fecha de vencimiento indicada en el envase.

Este medicamento debe ser usado exclusivamente bajo prescripción y vigilancia médica y no puede repetirse sin nueva receta médica.

MANTÉNGASE ÉSTE Y CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Dirección Técnica: Pablo G. Contino - Farmacéutico.

Elaborado en: Laprida N° 43, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N°: 57943.

Prospecto autorizado por ANMAT Disposición N°: 3518/21

Fecha de última revisión: Julio 2022

Código: 520PRA/1



Bioprofarma Bagó S.A.

Terrada 1270 (C1416ARD), CABA, Argentina

Tel.: (54 11) 4016-6200

www.bioprofarma-bago.com.ar

farmacovigilancia@bioprofarma.com