

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

letrozol cinfamed 2,5 mg, comprimidos recubiertos con película EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada comprimido contiene 2,5 mg de letrozol.

Excipiente: cada comprimido contiene 61,5 mg de lactosa monohidrato.

Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimidos recubiertos con película.

Comprimidos recubiertos con película de color amarillo, redondos y biconvexos, marcados con L900 en una cara y 2,5 en la otra.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

- Tratamiento adyuvante del cáncer de mama temprano con receptor hormonal positivo en mujeres postmenopáusicas.
- Tratamiento adyuvante de continuación del cáncer de mama temprano hormonodependiente en mujeres postmenopáusicas que hayan recibido con anterioridad una terapia adyuvante estándar con tamoxifeno durante 5 años.
- Tratamiento de primera línea del cáncer de mama avanzado hormonodependiente en mujeres postmenopáusicas.
- Cáncer de mama avanzado en mujeres en estado postmenopáusico natural o provocado artificialmente, tras recaída o progresión de la enfermedad, que hayan sido tratadas anteriormente con antiestrógenos.

La eficacia no ha sido demostrada en pacientes con cáncer de mama receptor hormonal negativo

4.2 Posología y forma de administración

Pacientes adultos y de edad avanzada

La dosis recomendada de letrozol es de 2,5 mg una vez al día. No se precisa ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada.

En la indicación de tratamiento adyuvante, se recomienda el tratamiento durante 5 años o hasta que aparezca una recaída del tumor. En la indicación de tratamiento adyuvante, se dispone de una experiencia clínica de 2 años (la mediana de duración del tratamiento fue de 25 meses).

En la indicación de tratamiento adyuvante de continuación, se dispone de una experiencia clínica de 4 años (mediana de duración del tratamiento).

En pacientes con enfermedad avanzada o metastásica, el tratamiento con letrozol debería continuarse hasta que la progresión del tumor sea evidente.

Niños:

No procede.

Pacientes con disfunción renal y/o hepática:

No se precisa ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal con un aclaramiento de creatinina mayor de 30 ml/min.

No existen datos suficientes en casos de insuficiencia renal con un aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min o en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver secciones 4.4 y 5.2).

4.3 Contraindicaciones

- Hipersensibilidad conocida a letrozol o a alguno de los excipientes.
- Estado endocrino premenopáusico; embarazo; lactancia (ver sección 4.6 y 5.3).

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

En las pacientes en las que no esté bien definido su estado postmenopáusico, antes de iniciar el tratamiento se deben valorar los niveles de LH, FSH y/o estradiol a fin de definirlo sin dudas.

Insuficiencia renal

Letrozol no se ha investigado en un número suficiente de pacientes con aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min. Antes de la administración de letrozol a este grupo de pacientes, debería considerarse cuidadosamente el potencial riesgo/beneficio.

Insuficiencia hepática

Letrozol sólo se ha estudiado en un número limitado de pacientes no metastásicas con diferentes grados de función hepática: insuficiencia hepática de leve a moderada y severa. En hombres voluntarios no enfermos de cáncer con disfunción hepática grave (cirrosis hepática y Child-Pugh grado C), la exposición sistémica y la vida media aumentaron de 2 a 3 veces en comparación con voluntarios sanos. Por tanto, letrozol deberá administrarse con precaución y tras una evaluación cuidadosa del cociente riesgo/beneficio potencial en tales pacientes (ver sección 5.2).

Efectos óseos

Letrozol es un potente agente que disminuye los estrógenos. En las indicaciones de tratamiento adyuvante y adyuvante de continuación, la duración mediana de seguimiento de 30 y 49 meses respectivamente, es insuficiente para valorar el riesgo de fractura asociado con el uso a largo plazo de letrozol. Las mujeres con antecedentes de osteoporosis y/o fracturas o con un riesgo aumentado de osteoporosis deberían someterse a una evaluación de densidad mineral ósea antes del inicio del tratamiento adyuvante y adyuvante de

continuación y controlarse para el desarrollo de la osteoporosis durante y después del tratamiento con letrozol. El tratamiento o profilaxis de la osteoporosis debería iniciarse cuando sea apropiado y controlarse cuidadosamente (ver sección 4.8).

Uso en deportistas

Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control de dopaje como positivo.

Advertencias sobre excipientes:

Letrozol comprimidos 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.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Estudios de interacción clínica con cimetidina y warfarina indicaron que la administración conjunta de letrozol con estos fármacos no produce interacciones clínicamente significativas.

Además, una revisión de la base de datos de ensayos clínicos no indicó evidencia de otras interacciones clínicamente relevantes con otros fármacos prescritos frecuentemente.

Hasta la fecha no existe experiencia clínica sobre el uso de letrozol en combinación con otros agentes antineoplásicos.

In vitro, letrozol inhibe los isoenzimas 2A6 del citocromo P450 y, moderadamente, 2C19. CYP2A6 y CYP3A4 no tienen un papel importante en el metabolismo del fármaco. Por tanto, deberá tenerse precaución durante la administración concomitante de fármacos cuya disposición depende principalmente de estos isoenzimas y cuyo índice terapéutico es estrecho.

4.6 Embarazo y lactancia

Mujeres en la perimenopausia o que puedan quedar embarazadas

El médico debe comentar la necesidad de un test de embarazo antes de iniciar el tratamiento con letrozol y métodos anticonceptivos adecuados en mujeres que pueden quedarse embarazadas (es decir, mujeres que están en la perimenopausia o que son postmenopáusicas recientes) hasta que su estado postmenopáusico esté completamente establecido (ver secciones 4.4 y 5.3).

Embarazo

Letrozol está contraindicado durante el embarazo (ver secciones 4.3 y 5.3).

Lactancia

Letrozol está contraindicado durante la lactancia (ver sección 4.3).

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Puesto que se ha observado fatiga y mareos con el uso de letrozol y de forma poco frecuente se ha notificado somnolencia, se recomienda precaución al conducir o utilizar maquinaria.

4.8 Reacciones adversas

Letrozol fue generalmente bien tolerado en todos los estudios de tratamiento de primera línea del cáncer de mama avanzado y como tratamiento adyuvante del cáncer de mama temprano. Hasta aproximadamente un tercio de las pacientes tratadas con letrozol en la indicación metastásica, hasta aproximadamente un 70-75% de las pacientes en la indicación adyuvante (ambos brazos, letrozol y tamoxifeno), y hasta aproximadamente el 40% de las pacientes tratadas en la indicación adyuvante de continuación (ambos brazos, letrozol y placebo) presentaron reacciones adversas. Generalmente, las reacciones adversas observadas son principalmente de naturaleza leve o moderada. La mayoría de reacciones adversas se pueden atribuir a las consecuencias farmacológicas normales de la supresión de estrógenos (p. ej. sofocos).

En los ensayos clínicos de apoyo a las indicaciones metastásicas, las reacciones adversas más frecuentemente observadas en los ensayos clínicos fueron sofocos, artralgia, náuseas y fatiga. Muchas de las reacciones adversas pueden atribuirse a la respuesta farmacológica normal de la supresión de estrógenos (por ejemplo, sofocos, alopecia y hemorragias vaginales).

En la indicación adyuvante de continuación, con una mediana de seguimiento de 28 meses e independientemente de la causalidad, se registraron con una frecuencia significativamente mayor con letrozol que con placebo: sofocos (50,7% frente a 44,3%), artralgia/artritis (28,5% frente a 23,2%) y mialgia (10,2% frente a 7,0%). La mayoría de estas reacciones adversas se observaron durante el primer año de tratamiento. Se observó una incidencia superior, pero no significativa, de osteoporosis y fracturas óseas en las pacientes que recibieron letrozol en comparación con las que recibieron placebo (7,5% frente a 6,3% y 6,7% frente a 5,9%, respectivamente).

En un análisis actualizado en la indicación adyuvante de continuación realizado durante una mediana de tratamiento de 47 meses para letrozol y 28 meses para placebo, se registraron con una frecuencia significativamente mayor con letrozol que con placebo las siguientes reacciones adversas, independientemente de la causalidad: sofocos (60,3% frente a 52,6%), artralgia/artritis (37,9% frente a 26,8%) y mialgia (15,8% frente a 8,9%). La mayoría de estas reacciones adversas se observaron durante el primer año de tratamiento. En las pacientes del brazo de placebo que cambiaron al brazo de letrozol se observó un patrón similar de efectos generales. Se observó una incidencia superior de osteoporosis y fracturas óseas, en cualquier momento después de la randomización, en pacientes que recibieron letrozol que en pacientes que recibieron placebo (12,3% frente a 7,4% y 10,9% frente a 7,2%, respectivamente). En las pacientes que cambiaron al grupo de letrozol, se notificó osteoporosis de nuevo diagnóstico, en cualquier momento después del cambio, en un 3,6% de pacientes, mientras que se registraron fracturas en el 5,1% de pacientes en cualquier momento tras el cambio.

En la indicación adyuvante, se registraron las siguientes reacciones adversas, independientemente de la causalidad, en cualquier momento después de la randomización en los grupos de tratamiento con letrozol y tamoxifeno, respectivamente: eventos tromboembólicos (1,5% frente a 3,2%, $P < 0,001$), angina pectoris (0,8% frente a 0,8%), infarto de miocardio (0,7% frente a 0,4%) e insuficiencia cardiaca (0,9% frente a 0,4%, $P = 0,006$).

En los ensayos clínicos y en la experiencia posterior a la comercialización de letrozol se registraron las reacciones adversas que se listan en la Tabla 1.

Las reacciones adversas se clasifican por frecuencias, primero las más frecuentes, utilizando la convención siguiente:

muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuente ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), rara ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy rara ($< 1/10.000$) incluyendo informes aislados.

Tabla 1:

Infecciones e infestaciones

Poco frecuentes: Infección del tracto urinario

Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos)

Poco frecuentes: Dolor tumoral (no aplicable en la indicación adyuvante y adyuvante de continuación)

Trastornos de la sangre y del sistema linfático

Poco frecuentes: Leucopenia

Trastornos del metabolismo y de la nutrición

Frecuentes: Anorexia, aumento del apetito, hipercolesterolemia

Poco frecuentes: Edema generalizado

Trastornos psiquiátricos

Frecuentes: Depresión

Poco frecuentes: Ansiedad incluyendo nerviosismo, irritabilidad

Trastornos del sistema nervioso

Frecuentes: Cefalea, mareo

Poco frecuentes: Somnolencia, insomnio, deterioro de la memoria, disestesia (incluyendo parestesia, hipoestesia), trastornos del gusto, accidente cerebrovascular

Trastornos oculares

Poco frecuentes: Cataratas, irritación ocular, visión borrosa

Trastornos cardiacos

Poco frecuentes: Palpitaciones, taquicardia

Trastornos vasculares

Poco frecuentes: Tromboflebitis (incluyendo tromboflebitis superficial y profunda), hipertensión, acontecimientos cardiacos isquémicos

Raras: Embolismo pulmonar, trombosis arterial, infarto cerebrovascular

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos

Poco frecuentes: Disnea, tos

Trastornos gastrointestinales

Frecuentes: Náuseas, vómitos, dispepsia, estreñimiento, diarrea

Poco frecuentes: Dolor abdominal, estomatitis, sequedad de boca

Trastornos hepatobiliares

Poco frecuentes: Aumento de los enzimas hepáticos

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo

Muy frecuentes: Aumento de la sudoración

Frecuentes: Alopecia, erupciones (incluyendo erupción eritematosa maculopapular, psoriaforme y vesicular)

Poco frecuentes:	Prurito, sequedad de piel, urticaria
<u>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo</u>	
Muy frecuentes:	Artralgia
Frecuentes:	Mialgia, dolor óseo, osteoporosis, fracturas
Poco frecuentes:	Artritis
<u>Trastornos renales y urinarios</u>	
Poco frecuentes:	Aumento de la frecuencia urinaria
<u>Trastornos del aparato reproductor y de la mama</u>	
Poco frecuentes:	Hemorragias vaginales, pérdidas vaginales, sequedad vaginal, dolor de las mamas
<u>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</u>	
Muy frecuentes:	Sofocos, cansancio, incluyendo astenia
Frecuentes:	Malestar, edema periférico
Poco frecuentes:	Pirexia, sequedad de mucosas, sed
<u>Exploraciones complementarias</u>	
Frecuentes:	Aumento de peso
Poco frecuentes:	Pérdida de peso

4.9 Sobredosis

Se han descrito casos aislados de sobredosificación con letrozol.

No se conocen tratamientos específicos para la sobredosificación; el tratamiento debería ser sintomático y de apoyo.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: inhibidores enzimáticos
Código ATC: L02B G04

Inhibidor no esteroideo de la aromatasas (inhibidor de la biosíntesis de estrógenos); agente antineoplásico.

Efectos farmacodinámicos

En la terapia endocrina, la eliminación de la estimulación del crecimiento mediada por estrógenos es un requisito previo para la respuesta tumoral en aquellos casos en los que el crecimiento del tejido tumoral depende de la presencia de estrógenos. En las mujeres postmenopáusicas, los estrógenos proceden principalmente de la acción del enzima aromatasas, que convierte los andrógenos (principalmente androstendiona y testosterona) en estrona y estradiol. La supresión de la biosíntesis de estrógenos en los tejidos periféricos y en el propio tejido neoplásico puede conseguirse por lo tanto mediante una inhibición específica del enzima aromatasas.

Letrozol es un inhibidor no esteroideo de la aromatasa. Inhibe el enzima aromatasa por unión competitiva al grupo hemo del citocromo P 450 de la aromatasa, dando lugar a una reducción de la síntesis de estrógenos en todos los tejidos donde está presente.

En mujeres postmenopáusicas sanas, dosis únicas de 0,1, 0,5 y 2,5 mg de letrozol suprimen la estrona y estradiol séricos en un 75-78% y 78% de los niveles basales respectivamente. La supresión máxima se alcanzó en 48-78 h.

En pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado, dosis diarias de 0,1 a 5 mg suprimen la concentración plasmática de estradiol, estrona y sulfato de estrona en un 75-95% de los niveles basales en todas las pacientes tratadas. Con dosis de 0,5 mg y superiores, muchos de los valores de estrona y de sulfato de estrona están por debajo del límite de detección en los ensayos, lo que indica que se alcanza una mayor supresión estrogénica con estas dosis. La supresión estrogénica se mantuvo durante todo el tratamiento en todas las pacientes.

Letrozol es un inhibidor altamente específico de la actividad de la aromatasa. No se observó deterioro de la esteroidogénesis adrenal. No se hallaron cambios clínicamente relevantes en los niveles plasmáticos de cortisol, aldosterona, 11 -deoxicortisol, 17-hidroxiprogesterona, ACTH, ni en la actividad de la renina plasmática, en mujeres postmenopáusicas tratadas con una dosis diaria de entre 0,1 a 5 mg de letrozol. La prueba de estimulación de la ACTH realizada después de 6 y 12 semanas de tratamiento con dosis diarias de 0,1, 0,25, 0,5, 1, 2,5 y 5 mg no mostró disminución de la producción de aldosterona o cortisol. Por tanto, no es necesaria una adición suplementaria de glucocorticoides y mineralocorticoides.

No se observaron cambios en las concentraciones plasmáticas de andrógenos (androstendiona y testosterona) en las mujeres postmenopáusicas sanas tratadas con dosis únicas de 0,1, 0,5 y 2,5 mg de letrozol ni en las concentraciones plasmáticas de androstendiona en pacientes postmenopáusicas tratadas con dosis diarias de 0,1 a 5 mg de letrozol, lo que indica que el bloqueo de la síntesis de estrógenos no produce acumulación de precursores androgénicos. Los niveles plasmáticos de LH y FSH y la función tiroidea evaluada por la captación de TSH, T4 y T3 no se vieron afectados por letrozol.

Tratamiento adyuvante

En un estudio multicéntrico, doble ciego, se randomizaron más de 8000 mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama temprano con receptor positivo tras resección, a una de las siguientes opciones:

Opción 1:

- A. Tamoxifeno durante 5 años
- B. Letrozol durante 5 años
- C. Tamoxifeno durante 2 años seguido por letrozol durante 3 años
- D. Letrozol durante 2 años seguido por tamoxifeno durante 3 años

Opción 2:

- A. Tamoxifeno durante 5 años
- B. Letrozol durante 5 años

Los datos en la tabla 2 reflejan los resultados basados en los datos de los brazos con monoterapia, en cada opción de randomización y datos de los dos brazos con cambio de tratamiento hasta 30 días después de la fecha del cambio. El análisis de la monoterapia respecto a la secuenciación de tratamientos endocrinos se realizará cuando se alcance el número de acontecimientos necesarios.

Se ha realizado el seguimiento de las pacientes durante una mediana de 26 meses, un 76% de las pacientes durante más de 2 años y un 16% (1252 pacientes) durante 5 ó más años.

El objetivo principal del ensayo fue la supervivencia libre de enfermedad (SLE), que se evaluó como el tiempo desde la aleatorización hasta el evento que ocurra más pronto de recurrencia locoregional o a distancia (metástasis) de la enfermedad primaria, desarrollo de cáncer de mama contralateral invasivo, aparición de un segundo tumor primario no mamario o muerte por cualquier causa sin un evento anterior de cáncer. Letrozol redujo el riesgo de recurrencia un 19% comparado con tamoxifeno (cociente de riesgo 0,81; P=0,003). Las tasas de SLE a 5 años fueron del 84,0% para letrozol y del 81,4% para tamoxifeno. La mejoría en SLE con letrozol se observa ya a los 12 meses y se mantiene a lo largo de 5 años. Letrozol también redujo significativamente el riesgo de recurrencia comparado con tamoxifeno cuando se administró quimioterapia adyuvante previa (cociente de riesgo 0,72; P=0,018) o no se administró (cociente de riesgo 0,84; P=0,044).

Para el objetivo secundario de supervivencia global, se registraron un total de 358 muertes (166 con letrozol y 192 con tamoxifeno). No se observaron diferencias significativas entre tratamientos respecto a la supervivencia global (cociente de riesgo 0,86; P=0,15). La supervivencia libre de enfermedad a distancia (metástasis distante), un predictor de la supervivencia global, difiere significativamente a nivel global (cociente de riesgo 0,73; P=0,001) y en subgrupos de estratificación especificados previamente. Letrozol redujo significativamente el riesgo de fallo sistémico un 17% comparado con tamoxifeno (cociente de riesgo 0,83; P=0,02).

Aunque se obtuvieron diferencias en el cáncer de mama contralateral a favor de letrozol, dichas diferencias no fueron significativas (cociente de riesgo 0,61; P=0,09). Un análisis exploratorio de la SLE en función del estado ganglionar mostró que letrozol fue significativamente superior a tamoxifeno en la reducción del riesgo de recurrencia en pacientes con enfermedad con ganglios positivos (HR 0,71; 95% IC 0,59, 0,85; P=0,0002) mientras que no se observaron diferencias significativas entre los tratamientos en pacientes con enfermedad con ganglios negativos (HR 0,98; IC 95% 0,77, 1,25, P=0,89). Este beneficio reducido en pacientes con ganglios negativos se confirmó mediante un análisis de interacción exploratorio (p=0,03).

Los pacientes que recibieron tratamiento con letrozol tuvieron, en comparación con tamoxifeno, menos segundas neoplasias (1,9% frente a 2,4%). Particularmente la incidencia de cáncer de endometrio fue menor con letrozol en comparación con tamoxifeno (0,2% frente a 0,4%).

Ver Tablas 2 y 3 que resumen los resultados. Los análisis resumidos en la tabla 4 no incluyen los 2 brazos secuenciales de la opción 1 de aleatorización, es decir, sólo tienen en cuenta los brazos en monoterapia.

Tabla 2: Supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global (población ITT)

	Letrozol n=4003	Tamoxifen o n=4007	Cociente de riesgo (95% IC) ¹	Valor P ²
Supervivencia libre de enfermedad (primario) - acontecimientos (definición por protocolo, totales)	351	428	0,81 (0,70, 0,93)	0,0030
Supervivencia libre de enfermedad distante (metástasis) (secundario)	184	249	0,73 (0,60, 0,88)	0,0012
Supervivencia global (secundario) - número de muertes (total)	166	192	0,86 (0,70, 1,06)	0,1546
Supervivencia libre de enfermedad sistémica (secundario)	323	383	0,83 (0,72, 0,97)	0,0172
Cáncer de mama contralateral				

invasivo (secundario)	19	31	0,61 (0,35, 1,08)	0,0910
-----------------------	----	----	-------------------	--------

¹ IC= intervalo de confianza

² Test de Logrank, estratificado por opción de aleatorización y uso de quimioterapia adyuvante previa

Tabla 3: Supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global por estado nodal y quimioterapia adyuvante previa (población ITT)

	Cociente de riesgo, (IC 95%) ¹	Valor p ²
Supervivencia libre de enfermedad:		
Estado ganglionar		
- Positivo	0,71 (0,59, 0,85)	0,0002
- Negativo	0,98 (0,77, 1,25)	0,8875
Quimioterapia adyuvante previa		
- Si	0,72 (0,55, 0,95)	0,0178
- No	0,84 (0,71, 1,00)	0,0435
Supervivencia global:		
Estado ganglionar		
- Positivo	0,81 (0,63, 1,05)	0,1127
- Negativo	0,88 (0,59, 1,30)	0,5070
Quimioterapia adyuvante previa		
- Si	0,76 (0,51, 1,14)	0,1848
- No	0,90 (0,71, 1,15)	0,3951
Supervivencia libre de enfermedad distante:		
Estado ganglionar		
- Positivo	0,7 (0,54, 0,84)	0,0005
- Negativo	0,90 (0,60, 1,34)	0,5973
Quimioterapia adyuvante previa		
- Si	0,69 (0,50, 0,95)	0,0242
- No	0,75 (0,60, 0,95)	0,0184

¹ IC= intervalo de confianza

² Modelo Cox nivel de significación

Tabla 4: Análisis central primario: Objetivos de eficacia según la opción de randomización con los brazos de monoterapia (población ITT)

Objetivo	Opción n	Estadística	Letrozol	Tamoxifeno
Supervivencia libre de enfermedad (primaria, definición de protocolo)	1	Acontecimientos / n	100/ 1546	137/ 1548
		HR ¹ (95% IC ²), P ³	0,73 (0,56, 0,94), 0,0159	
	2	Acontecimientos / n	177 / 917	202/ 911
		HR (95% IC), P	0,85 (0,69, 1,04), 0,1128	
Supervivencia libre de enfermedad (excluyendo malignidades secundarias)	Global	Acontecimientos / n	277 / 2463	339 / 2459
		HR (95% IC), P	0,80 (0,68, 0,94), 0,0061	
	1	Acontecimientos / n	80/ 1546	110 / 1548
		HR (95% IC), P	0,73 (0,54, 0,97), 0,0285	
	2	Acontecimientos / n	159 / 917	187 / 911
		HR (95% IC), P	0,82 (0,67, 1,02), 0,0753	

	Global	Acontecimientos / n	239 / 2463	297 / 2459
		HR (95% IC), P	0,79 (0,66, 0,93), 0,0063	
Supervivencia libre de enfermedad distante (secundario)	1	Acontecimientos / n	57 / 1546	72 / 1548
		HR (95% IC), P	0,79 (0,56, 1,12) 0,1913	
	2	Acontecimientos / n	98 / 917	124 / 911
		HR (95% IC), P	0,77 (0,59, 1,00), 0,0532	
	Global	Acontecimientos / n	155 / 2463	196 / 2459
		HR (95% IC), P	0,78 (0,63, 0,96), 0,0195	
Supervivencia global (secundario)	1	Acontecimientos / n	41 / 1546	48 / 1548
		HR (95% IC), P	0,86 (0,56, 1,30), 0,4617	
	2	Acontecimientos / n	98 / 917	116 / 911
		HR (95% IC), P	0,84 (0,64, 1,10), 0,1907	
	Global	Acontecimientos / n	139 / 2463	164 / 2459
		HR (95% IC), P	0,84 (0,67, 1,06), 0,1340	

¹ HR = cociente de riesgo

² IC= intervalo de confianza

³ El valor de P está basado en el test de Logrank, estratificado por quimioterapia adyuvante para cada opción de randomización, y por opción de randomización y quimioterapia adyuvante para el análisis global

La mediana de duración de tratamiento (población de seguridad) fue de 25 meses; el 73% de las pacientes fueron tratadas durante más de 2 años, el 22% de las pacientes durante más de 4 años. La duración mediana de seguimiento fue de 30 meses para letrozol y tamoxifeno.

Se notificaron reacciones adversas sospechosas de estar relacionadas con el fármaco para el 78% de las pacientes tratadas con letrozol comparado con el 73% de los tratados con tamoxifeno. Los efectos adversos más frecuentes con letrozol fueron sofocos, sudores nocturnos, artralgia, aumento de peso y náusea. De estos, sólo la artralgia apareció de forma significativamente más frecuente con letrozol que con tamoxifeno (20% frente al 13% con tamoxifeno). El tratamiento con letrozol se asoció con un mayor riesgo de osteoporosis (2,2% frente al 1,2% con tamoxifeno). Globalmente, y de forma independiente de la causalidad se notificaron eventos cardiovasculares/cerebrovasculares en cualquier momento después de la randomización para proporciones similares de pacientes en ambos brazos de tratamiento (10,8% para letrozol, 12,2% para tamoxifeno). Entre estos, los eventos tromboembólicos se notificaron significativamente de forma menos frecuente con letrozol (1,5%) que con tamoxifeno (3,2%) ($P < 0,001$), mientras que la insuficiencia cardíaca se notificó de forma significativamente más frecuente con letrozol (0,9%) que con tamoxifeno (0,4%) ($P = 0,006$). Entre las pacientes que tenían valores basales de colesterol sérico total dentro del rango normal, los aumentos en el colesterol sérico total mayores de 1,5 veces el ULN se observaron en el 5,4% de las pacientes en el brazo de letrozol, comparado con el 1,1% en el brazo de tamoxifeno.

Tratamiento adyuvante de continuación

En un estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo, realizado en más de 5100 pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama primario con receptor positivo o desconocido, las pacientes que se mantuvieron libres de la enfermedad tras completar el tratamiento adyuvante con tamoxifeno (4,5 a 6 años) fueron asignadas aleatoriamente a letrozol o placebo.

Un análisis primario realizado con una mediana de seguimiento de aproximadamente 28 meses (el 25% de las pacientes fueron seguidas durante al menos 38 meses) mostró que letrozol reducía el riesgo de recurrencia en un 42% en comparación con placebo (cociente de riesgo (HR) 0,58; $P = 0,00003$). Se observó el beneficio estadísticamente significativo en SLE a favor de letrozol independientemente del estado

ganglionar – ganglio negativo: cociente de riesgo 0,48, P=0,0002; ganglio positivo, cociente de riesgo 0,61; P=0,002.

Para el objetivo secundario de supervivencia global (SG) se registraron un total de 113 muertes (51 letrozol, 62 placebo). En total, no hubo una diferencia significativa entre los tratamientos por lo que se refiere a la SG (cociente de riesgo 0,82; P=0,29).

Posteriormente el estudio continuó de forma no cegada y los pacientes del brazo placebo pudieron cambiar a letrozol si así lo deseaban. Tras el cese del cegado del estudio, más del 60% de los pacientes del brazo placebo escogieron cambiar a letrozol (es decir, población adyuvante de continuación tardía). Los pacientes que cambiaron a letrozol desde el placebo no utilizaron tamoxifeno adyuvante durante una mediana de 31 meses (intervalo de 14 a 79 meses).

Se efectuó una actualización del análisis por intención de tratar a una mediana de seguimiento de 49 meses. En el brazo letrozol, por lo menos un 30% de los pacientes habían completado 5 años y el 59% habían completado por lo menos 4 años de seguimiento. En la actualización del análisis de SLE, letrozol redujo significativamente el riesgo de la recurrencia del cáncer de mama al comparar con placebo (coeficiente de riesgo 0,68 ; 95% IC 0,55, 0,83 ; P=0,0001). Letrozol también redujo de forma significativa en un 41% el odds ratio de un nuevo cáncer contralateral invasivo al comparar con placebo (odds ratio 0,59 ; 95% IC 0,36, 0,96 ; P=0,03). No hubieron diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad distante o la supervivencia global.

Los resultados actualizados (la mediana de duración de seguimiento fue de 40 meses) desde el subestudio de densidad mineral ósea (DMO) (226 pacientes incluidas) demostró que, a los 2 años, en comparación con el valor basal, las pacientes que recibieron letrozol se asociaron con mayores descensos en la DMO en la cadera total (mediana de disminución del 3,8% en la DMO de la cadera en comparación con el 2,0% del grupo placebo (P=0,012, ajustado por el uso de bifosfonatos, P=0,018). Las pacientes que recibieron letrozol se asociaron con un descenso mayor de la DMO de la columna lumbar aunque no significativamente diferente.

En el subestudio de DMO fue obligatorio un suplemento de calcio y vitamina D concomitante.

Los resultados actualizados del subestudio de lípidos (347 pacientes incluidos – mediana de duración de seguimiento de 50 meses) no mostraron una diferencia significativa entre los brazos de letrozol y placebo en colesterol total o en cualquier fracción de lípidos.

En el análisis actualizado del estudio central, el 11,1% de pacientes en el brazo de letrozol notificaron reacciones adversas cardiovasculares durante el tratamiento comparado con el 8,6% en el brazo de placebo hasta el cambio. Estos acontecimientos incluyeron infarto de miocardio (letrozol 1,3%, placebo 0,9%); angina que requirió intervención quirúrgica (0,6% en cada brazo de tratamiento), angina que necesitó intervención quirúrgica (letrozol 1,0% frente a placebo 0,8%) aparición o empeoramiento de angina (letrozol 1,7% frente a placebo 1,2%), acontecimientos tromboembólicos (letrozol 1,0%, placebo 0,6%) y accidente cerebrovascular (letrozol 1,7% frente a placebo 1,3%).

No se observaron diferencias significativas en los resúmenes de las puntuaciones globales físicas y mentales, lo que sugiere sobretodo, que letrozol no empeoró la calidad de vida en relación a placebo.

Se observaron diferencias de tratamiento a favor de placebo en las valoraciones de pacientes en particular las medidas de funcionamiento físico, dolor corporal, vitalidad y función sexual y vasomotora. A pesar de ser estadísticamente significativas, estas diferencias no se consideraron clínicamente relevantes.

Tratamiento de primera línea

Se llevó a cabo un ensayo clínico doble ciego, controlado, comparando 2,5 mg de letrozol *versus* 20 mg de tamoxifeno como terapia de primera línea en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado. En 907 mujeres, letrozol fue superior a tamoxifeno en el tiempo hasta la progresión (objetivo principal) y en la respuesta global objetiva, el tiempo hasta el fracaso del tratamiento y el beneficio clínico.

Los resultados se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5: Resultados de una mediana de seguimiento de 32 meses

Variable	Estadística	Letrozol n=453	Tamoxifeno n=454
Tiempo hasta la progresión	Mediana	9,4 meses	6,0 meses
	(IC 95% para la mediana)	(8,9, 11,6 meses)	(5,4, 6,3 meses)
	Cociente de riesgo (HR)	0,72	
	(IC 95% para HR)	(0,62, 0,83)	
	P	<0,0001	
Tasa de respuesta objetiva (TRO)	RC+RP	145 (32%)	95 (21%)
	(IC 95% para HR)	(28, 36%)	(17, 25%)
	Odds ratio	1,78	
	(IC 95% para odds ratio)	(1,32, 2,40)	
Tasa de beneficio clínico total	RC+RP+NC \geq 24 semanas	226 (50%)	173 (38%)
	Odds ratio	1,62	
	(IC 95% para odds ratio)	(1,24, 2,11)	
	P	0,0004	
Tiempo hasta el fracaso del tratamiento	Mediana	9,1 meses	5,7 meses
	(95% para la mediana)	(8,6, 9,7 meses)	(3,7, 6,1 meses)
	Cociente de riesgo	0,73	
	(IC 95% para HR)	(0,64, 0,84)	
	P	<0,0001	

El tiempo hasta la progresión fue significativamente más prolongado, y la tasa de respuesta fue significativamente superior para letrozol que para tamoxifeno en pacientes con tumores con estado de receptor desconocido, así como para aquéllos con estado de receptor positivo. De manera similar, el tiempo hasta la progresión fue significativamente más prolongado, y la tasa de respuesta significativamente superior para letrozol independientemente de si se había administrado tratamiento adyuvante con antiestrógenos o no. La mediana del tiempo hasta la progresión fue significativamente más prolongado para letrozol

independientemente de la localización predominante de la enfermedad. La mediana de tiempo hasta la progresión fue casi el doble para los pacientes con letrozol con sólo enfermedad en el tejido blando (mediana 12,1 meses para letrozol, 6,4 meses para tamoxifeno) y para pacientes con metástasis viscerales (mediana 8,3 meses para letrozol, 4,6 meses para tamoxifeno). La tasa de respuesta fue significativamente superior para letrozol en pacientes con sólo enfermedad en el tejido blando (50% frente a 34% para letrozol y tamoxifeno, respectivamente), y para pacientes con metástasis viscerales (28% letrozol frente a 17% tamoxifeno).

El diseño del estudio permitía el cruce de las pacientes al otro tratamiento durante la progresión o salir del estudio. Aproximadamente el 50% de las pacientes cambiaron al grupo de tratamiento opuesto y el cruce se completó virtualmente en 36 meses. La mediana de tiempo hasta el cruce fue de 17 meses (de letrozol a tamoxifeno) y de 13 meses (de tamoxifeno a letrozol).

La terapia con letrozol en el tratamiento de primera línea del cáncer de mama avanzado dio lugar a una mediana de supervivencia total de 34 meses en comparación con los 30 meses de tamoxifeno (ensayo de log rank $P=0,53$, no significativo). Se asoció una mejor supervivencia con letrozol hasta un mínimo de 24 meses. La tasa de supervivencia a los 24 meses fue del 64% para el grupo tratado con letrozol frente al 58% del grupo tratado con tamoxifeno. La ausencia de ventaja de letrozol sobre la supervivencia total pudo explicarse mediante el diseño cruzado del estudio.

La duración total del tratamiento endocrino (“tiempo hasta la quimioterapia”) fue significativamente más prolongado para letrozol (mediana 16,3 meses, IC 95% 15 a 18 meses) que para tamoxifeno (mediana 9,3 meses, IC 95% 8 a 12 meses) (log rank $P=0,0047$).

Tratamiento de segunda línea

Se realizaron dos ensayos clínicos controlados en los que se compararon dos dosis de letrozol (0,5 mg y 2,5 mg) con acetato de megestrol y aminoglutetimida, respectivamente, en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado y previamente tratadas con antiestrógenos.

El tiempo hasta la progresión no fue significativamente diferente entre letrozol 2,5 mg y acetato de megestrol ($P=0,07$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de letrozol 2,5 mg comparado con acetato de megestrol en el índice de respuesta tumoral objetiva global (24% vs 16%, $P=0,04$), y en el tiempo hasta fracaso del tratamiento ($P=0,04$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia global de los dos grupos ($P=0,2$).

En el segundo estudio, el índice de respuesta no fue significativamente diferente entre letrozol 2,5 mg y aminoglutetimida ($P=0,06$). Letrozol 2,5 mg fue estadísticamente superior a aminoglutetimida en cuanto al tiempo hasta progresión ($P=0,008$), periodo de tiempo hasta fracaso del tratamiento ($P=0,003$) y supervivencia global ($P=0,002$).

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Letrozol se absorbe rápida y completamente desde el tracto gastrointestinal (biodisponibilidad absoluta media: 99,9%). Los alimentos disminuyen ligeramente la velocidad de absorción (t_{max} mediana: 1 hora en ayunas versus 2 horas con la comida; C_{max} media: $129 \pm 20,3$ nmol/l en ayunas versus $98,7 \pm 18,6$ nmol/l con la comida), pero no altera la magnitud de la absorción (AUC). Este efecto menor en la velocidad de absorción no se considera clínicamente relevante y por lo tanto letrozol puede administrarse independientemente de las comidas.

Distribución

Letrozol se une a las proteínas plasmáticas en un 60% aproximadamente, principalmente a albúmina (55%). La concentración de letrozol en eritrocitos es aproximadamente del 80% de la concentración en plasma. Después de la administración de 2,5 mg de letrozol marcado con ^{14}C , aproximadamente el 82% de la radioactividad en plasma correspondía al compuesto inalterado. La exposición sistémica a los metabolitos es, por lo tanto, baja. Letrozol se distribuye rápida y extensamente hacia los tejidos. Su volumen aparente de distribución en estado estacionario es aproximadamente de $1,87 \pm 0,47$ l/kg.

Metabolismo y eliminación

El aclaramiento metabólico a un metabolito carbinol, inactivo farmacológicamente, es la vía de eliminación principal de letrozol ($\text{CL}_m = 2,1$ l/h) pero es relativamente lento cuando se compara con el flujo sanguíneo hepático (aproximadamente 90 l/h). Se observó que los isoenzimas del citocromo P 450, 3A4 y 2A6 eran capaces de convertir letrozol en este metabolito. La formación de metabolitos menos frecuentes no identificados y la excreción renal y fecal directa juegan sólo un papel menor en la eliminación global de letrozol. Durante las dos semanas siguientes a la administración de 2,5 mg de letrozol marcado con ^{14}C a voluntarias postmenopáusicas sanas, se recuperó en orina un $88,2 \pm 7,6\%$ de la radioactividad y en heces un $3,8 \pm 0,9\%$. Por lo menos un 75% de la radioactividad recuperada en la orina en 216 horas ($84,7 \pm 7,8\%$ de la dosis) se atribuía al glucurónido del metabolito carbinol, un 9% aproximadamente a dos metabolitos no identificados y un 6% a letrozol inalterado.

La semivida de eliminación terminal aparente en plasma es de unos 2 días. Tras administración diaria de 2,5 mg se alcanzan niveles en estado estacionario en 2 a 6 semanas. Las concentraciones plasmáticas en estado estacionario son aproximadamente 7 veces mayores que las concentraciones tras una dosis única de 2,5 mg, mientras que son 1,5 a 2 veces mayores que los valores en estado estacionario predichos a partir de las concentraciones tras una dosis única, indicando una ligera no linealidad en la farmacocinética de letrozol tras la administración diaria de 2,5 mg. Teniendo en cuenta que se mantienen niveles en estado estacionario con el tiempo, puede concluirse que no se produce acumulación continua de letrozol.

La edad no afecta a la farmacocinética de letrozol.

Poblaciones especiales

En un estudio con 19 voluntarios con diversos grados de disfunción renal (aclaramiento de creatinina de 24 horas: 9-116 ml/min) no se observó efecto en la farmacocinética de letrozol después de que se les administrara una dosis única de 2,5 mg. En un estudio similar con pacientes con diversos grados de disfunción hepática, los valores medios del AUC de los voluntarios con deterioro hepático moderado (Child-Pugh grado B) fue un 37% mayor que los de los sujetos normales, pero dentro del rango observado en sujetos sin deterioro funcional. En un estudio comparando la farmacocinética de letrozol después de una dosis oral única en ocho sujetos de sexo masculino con cirrosis hepática y disfunción hepática grave (Child-Pugh grado C) con la farmacocinética en voluntarios sanos (N=8), el AUC y el $t_{1/2}$ aumentaron en un 95 y 187% respectivamente. Por tanto, letrozol debe administrarse con precaución y después de considerar el posible riesgo/beneficio en este tipo de pacientes.

5.3 Datos precinicos sobre seguridad

En una serie de estudios de seguridad preclínica llevados a cabo con especies animales estándar, no se encontraron indicios de toxicidad sistémica o en órganos diana.

Letrozol mostró un bajo grado de toxicidad aguda en roedores expuestos a dosis de hasta 2000 mg/kg. En perros, letrozol causó signos de toxicidad moderada a dosis de 100 mg/kg.

En estudios de toxicidad de hasta 12 meses con dosis repetidas en ratas y en perros, los principales hallazgos observados pueden atribuirse a la acción farmacológica de la sustancia activa. El nivel de no efecto adverso fue de 0,3 mg/kg en ambas especies.

Investigaciones *in vivo* e *in vitro* sobre el potencial mutagénico de letrozol no revelaron indicios de genotoxicidad.

En un estudio de carcinogénesis de 104 semanas en ratas, no se observó ningún tumor relacionado con el tratamiento en las ratas macho. En las ratas hembra se encontró una baja incidencia de tumores de mama benignos y malignos con todas las dosis de letrozol.

La administración oral de letrozol a ratas gestantes resultó en un ligero aumento de la incidencia de malformaciones fetales en los animales tratados. Sin embargo, no se ha podido demostrar si ello era una consecuencia indirecta de las propiedades farmacológicas (inhibición de la biosíntesis de estrógenos) o a un efecto directo del propio letrozol (ver recomendaciones en las secciones 4.3 y 4.6).

Las observaciones preclínicas se limitaron a aquellas asociadas a la acción farmacológica ya conocida que es la única de interés en la seguridad en humanos derivada de los estudios en animales.

6 DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Núcleo del comprimido:

Lactosa monohidrato

Celulosa microcristalina (E460)

Almidón de maíz pregelatinizado

Almidón glicolato sódico

Estearato de magnesio (E572)

Dióxido de sílice coloidal (E551)

Recubrimiento:

Macrogol (PEG 8000)

Talco (E553b)

Hipromellosa (E464)

Dióxido de titanio (E171)

Óxido de hierro amarillo (E172)

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Período de validez

2 años.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No requiere condiciones especiales de conservación.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Blister de PVC/Aluminio.

Tamaños de envase: 10, 28, 30, 50, 60, 84, 90, 98, 100 comprimidos por cada caja de cartón.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación

Ninguna especial.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

LABORATORIOS CINFA, S.A.
Olaz-Chipi, 10 – Polígono Areta
31620 Huarte-Pamplona (Navarra)

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

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

Julio 2009

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO