

Estudio  
**PERSEUS**

# LLEVANDO A LOS PACIENTES A LA CIMA DE LA SUPERVIVENCIA\*, &

## Estudio PERSEUS

\*Los resultados del estudio PERSEUS, con una mediana de seguimiento de 47,5 meses, mostraron que la adición de DARZALEX<sup>®</sup> SC a VRd en la inducción y consolidación, así como a lenalidomida en mantenimiento, se tradujo en un beneficio significativo respecto a la supervivencia libre de progresión entre los pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico candidatos a trasplante. El hazard ratio para la progresión de la enfermedad o muerte en el grupo de DVRd en comparación con VRd fue del 0,42 (IC 95 %, 0,30-0,59; P<0,001). PERSEUS fue un ensayo de fase 3 en el que se evaluó la combinación de DARZALEX<sup>®</sup> SC con Velcade<sup>®</sup>, lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con MMND candidatos a trasplante. El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión.<sup>1</sup>

<sup>2</sup>DARZALEX<sup>®</sup> está indicado en combinación con Velcade<sup>®</sup>, lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico.<sup>2</sup>

**DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **IC:** intervalo de confianza; **MMND:** mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; **SC:** subcutáneo; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Sonneveld P, *et al.* Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. *NEJM* 2024;390(4):301-313; **2.** Ficha Técnica DARZALEX<sup>®</sup>

# Conflictos de interés

- | He proporcionado asesoramiento científico a ...
- | He participado en reuniones médicas organizadas por ...
- | He recibido pagos por presentaciones y asesorías de ...
- | Recibo honorarios por esta presentación



# OBJETIVO TERAPÉUTICO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TAPH: alcanzar y mantener la mayor profundidad de respuesta, especialmente niveles indetectables de EMR<sup>1-3</sup>

EMR: enfermedad mínima residual; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

1. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Belantamab Mafodotina, PT/V1/52/2022; 2. Martínez-López J, et al. Measurable residual disease (MRD) dynamics in multiple myeloma and the influence of clonal diversity analyzed by artificial intelligence. *Blood Cancer J.* 2024;14:131; 3. Munshi NC, et al. Association of Minimal Residual Disease With Superior Survival Outcomes in Patients With Multiple Myeloma: A Meta-analysis. *JAMA Oncol.* 2017;3(1):28-35.

# El TAPH se ha convertido en el SoC, basándose en varios ensayos controlados aleatorizados que demostraron beneficios en la SLP y la SG<sup>1</sup>



Todos los pacientes con MMND deben recibir la terapia más eficaz disponible desde el principio<sup>2</sup>

El **TAPH** es la principal estrategia de consolidación que logra **aumentar la profundidad y la duración de la respuesta** en el MMND<sup>3</sup>

**MMND:** mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; **SoC:** estándar de tratamiento; **SG:** supervivencia global; **SLP:** supervivencia libre de progresión. **TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

1. Pawlyn C, et al. Autologous stem cell transplantation is safe and effective for fit, older myeloma patients: exploratory results from the Myeloma XI trial. *Hematologica* 2022;10(1):231-242; 2. Lenalidomide Assessment Report. EPAR. EMA/232212/2019. 23 Marzo 2019. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/variationreport/revlimid-h-c-717-ii-0102-g-epar-assessment-report-variation\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/variationreport/revlimid-h-c-717-ii-0102-g-epar-assessment-report-variation_en.pdf) Último acceso: mayo 2026; 3. Bal S, et al. Establishing measurable residual disease trajectories for patients on treatment for newly diagnosed multiple myeloma as benchmark for deployment of T-cell redirection therapy. *Blood Cancer J* 2025;15(1):73.

# Para considerar a un paciente candidato a TAPH debemos evaluar la edad, las comorbilidades y el estado de la enfermedad<sup>1</sup>

## Edad



La edad no debe considerarse un obstáculo importante para el trasplante<sup>2</sup>

## Estado fitness y comorbilidades



La elegibilidad debe basarse en el **estado fitness y las comorbilidades**, idealmente mediante **herramientas de evaluación geriátrica**, escalas e índices de comorbilidad para evitar la subjetividad<sup>2</sup>

**Una correcta clasificación de los pacientes permite que aquellos de edad avanzada sometidos a un TAPH puedan experimentar una SLP y una SG prolongadas, comparables a las de los pacientes más jóvenes, y sin ningún aumento significativo de la morbilidad o la mortalidad<sup>3</sup>**

SG: supervivencia global; SLP: supervivencia libre de progresión; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

1. Guía de Mieloma Múltiple. Grupo Español de Mieloma. 2021. Disponible en: <https://www.sehh.es/publicaciones/guias-recomendaciones/123889-guias-recomendaciones-2020-2019>. Último acceso: mayo 2026. 2. Marini C, et al. Real-life data on safety and efficacy of autologous stem cell transplantation in elderly patients with multiple myeloma. Ann Hematol 2019; 98(2):369-379; 3. Pawlyn C, et al. Autologous stem cell transplantation is safe and effective for fit, older myeloma patients: exploratory results from the Myeloma XI trial. Hematologica 2022;10(1):231-242.



# Recomendaciones EHA-EMN en pacientes candidatos a TAPH<sup>1</sup>

En pacientes **<70 años sin comorbilidades**, se recomienda la terapia de **inducción seguida de altas dosis de melfalán y TAPH** [I, A].<sup>1</sup>

## INDUCCIÓN:

- En lo que respecta a la terapia de inducción antes del TAPH, uno de los cuadrupletes que **ofrece el mejor perfil riesgo-beneficio** hasta la fecha es **DVRd\*** y se recomienda como un nuevo estándar de tratamiento [I, A].<sup>1</sup>

## CONSOLIDACIÓN:

- En pacientes que han recibido solo cuatro ciclos de inducción con DVRd, debería considerarse la administración de **dos ciclos de consolidación** de DVRd [I, B].<sup>1</sup>

## MANTENIMIENTO:

- Gracias a los resultados de SLP del ensayo PERSEUS, **la adición de DARZALEX<sup>®</sup> a lenalidomida** es el **nuevo estándar** de tratamiento en el **mantenimiento** [I, A].<sup>1</sup>



**DARZALEX<sup>®</sup> es el único anti-CD38 financiado para la inducción, consolidación y mantenimiento<sup>2,3</sup>**

\*DVRd e IsaVRd.<sup>1</sup>  
DVRd: DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; EHA: European Hematology Association; EMN: European Myeloma Network; IsaVRd: isatuximab+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; SLP: supervivencia libre de progresión; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.  
1. Dimopoulos MA, et al. EHA-EMN Evidence-Based Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with multiple myeloma. Nat Rev Clin Oncol. 2025;22(9):680-700; 2. Ficha Técnica DARZALEX<sup>®</sup>; 3. Ficha Técnica isatuximab.

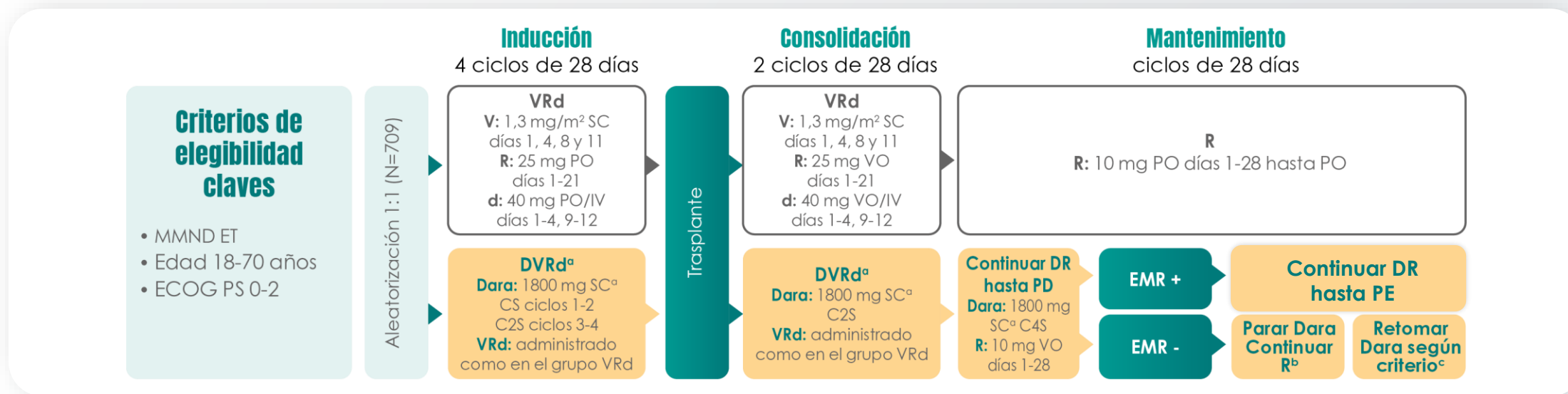
# Diseño del Estudio PERSEUS

Ensayo abierto, multicéntrico de fase III que **evalúa la combinación de DARZALEX<sup>®</sup> SC con VRd en pacientes con MMND candidatos a TAPH<sup>1</sup>**  
709 pacientes candidatos a TAPH aleatorizados<sup>1</sup>

- MMND<sup>1</sup>
- 18-70 años<sup>1</sup>
- ECOG: 0-2<sup>1</sup>

**Objetivo primario:** SLP<sup>1</sup>

**Objetivos secundarios:** ≥RC, EMR-<sup>^</sup> con ≥RC y SG<sup>1</sup>



<sup>^</sup>Se consideró una EMR- tanto la ausencia de células malignas a límite de sensibilidad de 10<sup>-5</sup> como una respuesta completa o mejor que ocurriera en cualquier momento del ensayo tras la aleatorización.<sup>1</sup> <sup>a</sup>Coformulado con rHuPH20 (2000 U/ml; tecnología de liberación de fármacos ENHANZE<sup>®</sup>, Halozyme, Inc., San Diego, CA, EE. UU).<sup>2</sup> <sup>b</sup>Tras ≥24 meses de DR en mantenimiento para los pacientes con ≥RC y 12 meses de EMR- (10<sup>-5</sup>) sostenida.<sup>2</sup> <sup>c</sup>Una vez confirmada la pérdida de RC sin PE o recurrencia de EMR.<sup>2</sup>

Figura 1 de Sonneveld P, et al. Póster 2000 presentado en ASH 2024.<sup>2</sup>

**ASH:** American Society of Hematology; **CA:** California; **d:** dexametasona; **CS:** semanalmente; **C2S:** cada dos semanas, **C4S:** cada cuatro semanas; **Dara:** DARZALEX<sup>®</sup>; **DR:** duración de la respuesta; **DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **ECOG:** Eastern Cooperative Oncology Group; **ECOG PS:** Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; **EMR+:** enfermedad mínima residual positiva; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **EE. UU.:** Estados Unidos; **ET:** elegibles para el trasplante; **IV:** intravenoso; **MMND:** mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; **PE:** progresión de la enfermedad; **R:** lenalidomida; **RC:** respuesta completa; **SC:** subcutáneo; **SG:** supervivencia global; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; **V:** Velcade<sup>®</sup>; **VO:** vía oral; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.  
1. Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313; 2. Sonneveld P, et al. Health-Related Quality of Life in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Data From the PERSEUS Trial of Subcutaneous Daratumumab Combined With Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Póster 2000 presentado en 66th American Society for Hematology (ASH) Annual Meeting; 7-10 diciembre 2024; San Diego, CA, EE. UU.

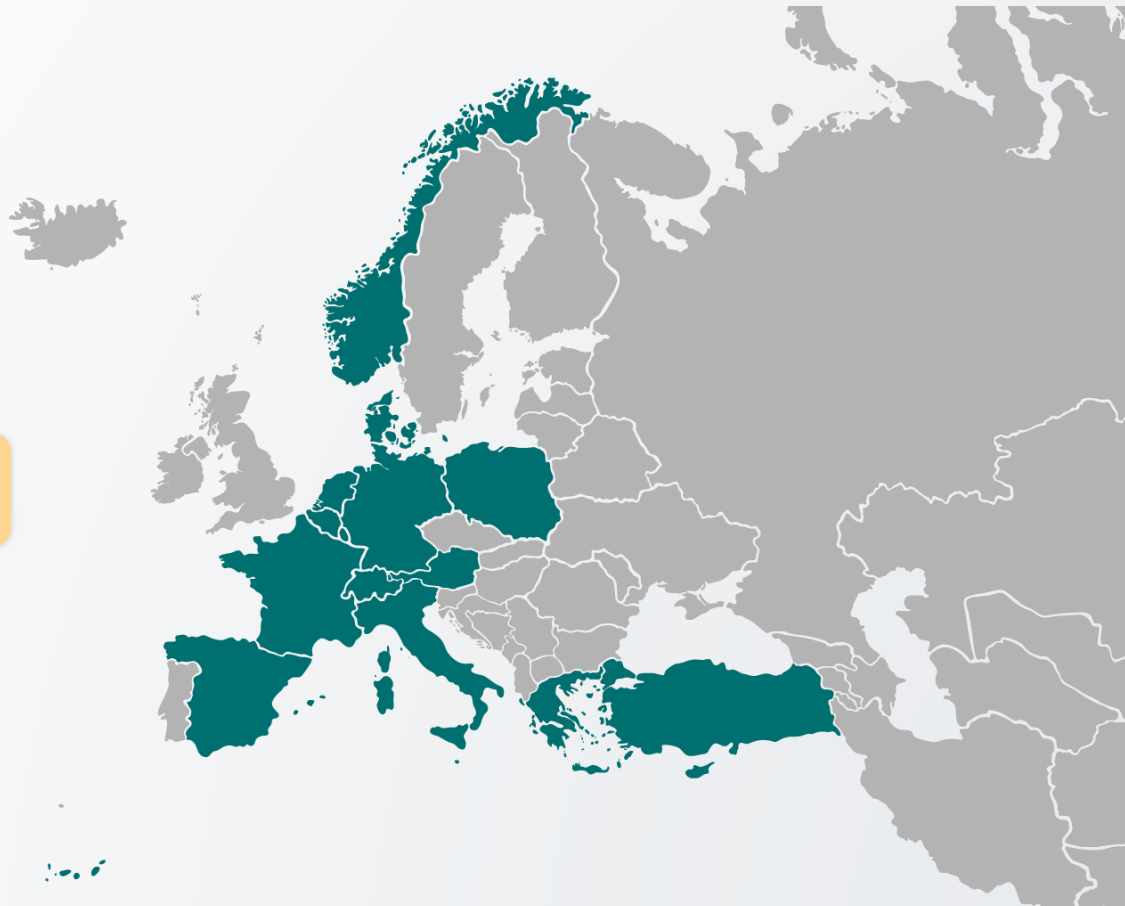
# Diseño del Estudio PERSEUS

Estudio multinacional en el que participaron centros de 14 países, entre ellos España, basado en una **estrategia de un único TAPH**<sup>1,2</sup>

115 hospitales en 14 países  
(Europa y Australia)<sup>2</sup>



20 centros reclutadores españoles<sup>3</sup>



1. Sonneveld P, *et al.* Health-Related Quality of Life in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Data From the PERSEUS Trial of Subcutaneous Daratumumab Combined With Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Póster 2000 presentado en 65th American Society for Hematology (ASH) Annual Meeting; 7-10 diciembre 2024; San Diego, CA, EE. UU; 2. Sonneveld P, *et al.* Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM. 2024;390:301-13; 3. Sonneveld P, *et al.* Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM. 2024;390:301-13; Supplementary Appendix.

# Características basales de los pacientes incluidos en PERSEUS

## Características basales (ITT)<sup>1</sup>

	DVRd+DR (n=355)	VRd+R (n=354)
Mediana de edad (intervalo), años	61 (32-70)	59 (31-70)
Hombres, n(%)	211 (59,4)	205 (57,9)
<b>Raza - n° (%)</b>		
Asiática	4 (1,1)	6 (1,7)
Negra	5 (1,4)	4 (1,1)
Blanca	330 (93,0)	323 (91,2)
Otra/no notificada	16 (4,5)	21 (5,9)
<b>ECOG PS, n (%)</b>		
0	221 (62,3)	230 (65,0)
1	114 (32,1)	108 (30,5)
2	19 (5,4)	16 (4,5)
3	1 (0,3)	0
<b>Estadio según el International Staging System, n/N (%)</b>		
I	186/355 (52,4)	178/353 (50,4)
II	114/355 (32,1)	125/353 (35,4)
III	55/355 (15,5)	50/353 (14,2)
<b>Riesgo citogenético,<sup>a</sup> n (%)</b>		
Estándar	264 (74,4)	266 (75,1)
Alto	76 (21,4)	78 (22,0)
Indeterminado	15 (4,2)	10 (2,8)

Tabla 1 de Sonneveld P, et al. Póster 2000 presentado en ASH 2024.<sup>1</sup>

**Mediana de seguimiento:  
47,5 meses (intervalo 0-54,4)<sup>1</sup>**



**ECOG PS 2**

**5,4 % DVRd**  
vs. 4,5 % VRd



**ISS III**

**15,5 % DVRd**  
vs. 14,2 % VRd



**Riesgo citogenético alto**

**21,4 % DVRd**  
vs. 22 % VRd

<sup>a</sup>Evaluado por hibridación por fluorescencia in situ; el riesgo alto se definió como la presencia de del(17p), t(4;14) y/o t(14;16).<sup>1</sup>

**ASH:** American Society of Hematology; **del:** delección; **DR:** DARZALEX<sup>®</sup>+lenalidomida; **DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **ECOG PS:** Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; **ISS:** International Staging System; **ITT:** intención de tratar; **R:** lenalidomida; **t:** translocación; **TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Sonneveld P, et al. Health-Related Quality of Life in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Data From the PERSEUS Trial of Subcutaneous Daratumumab Combined With Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Póster 2000 presentado en 65th American Society for Hematology (ASH) Annual Meeting; 7-10 diciembre 2024; San Diego, CA, EE. UU.

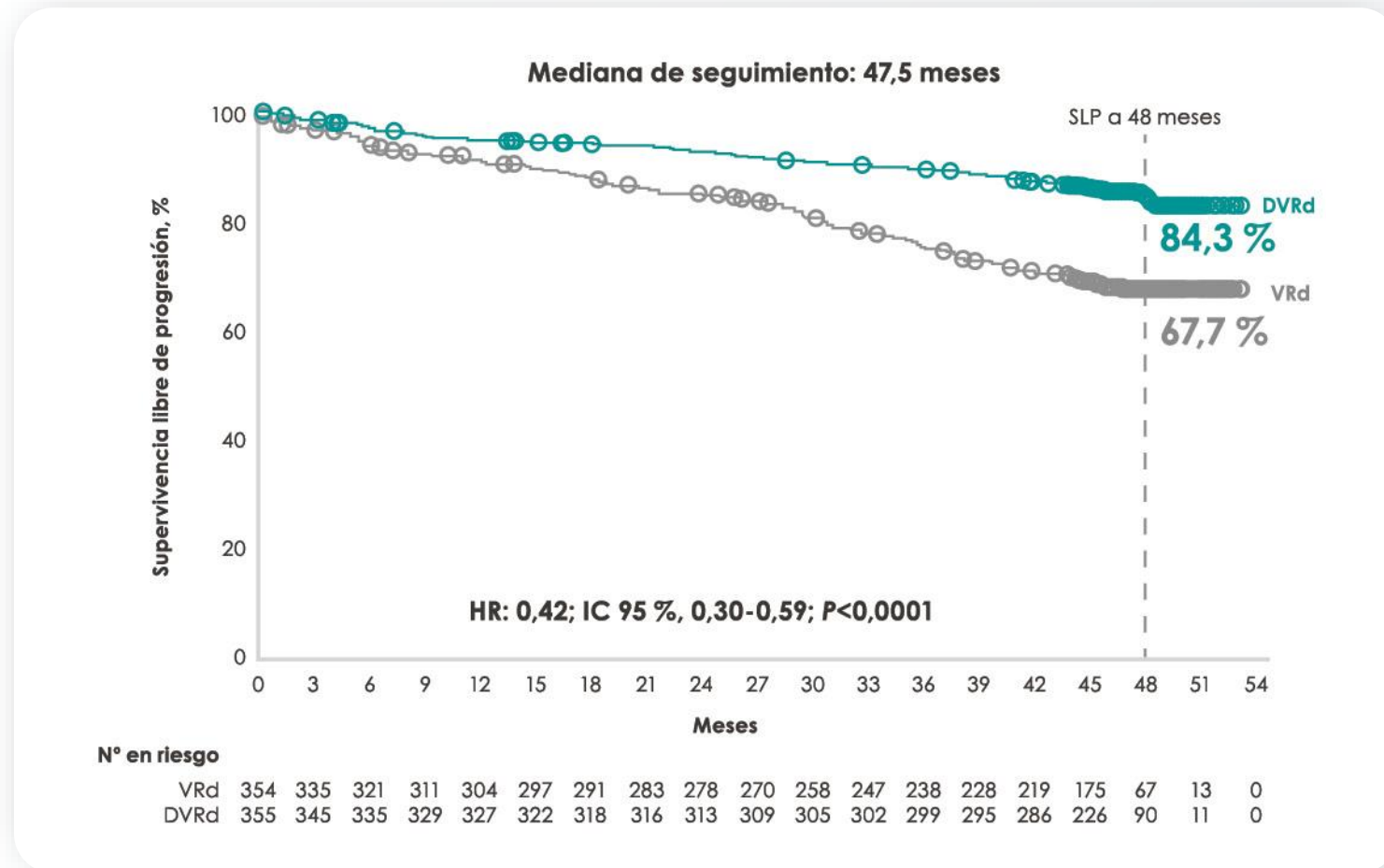


**En España, la estrategia habitual en pacientes candidatos se basa en un único TAPH,** mientras que el trasplante en tándem se contempla de forma selectiva en pacientes de alto riesgo.<sup>1</sup>

**TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

1. Grupo Español de Mieloma. Guía de mieloma múltiple. 2.º ed. Madrid: Fundación PETHEMA; 2025. ISBN: 978-84-09-69985-8.

# Añadir DARZALEX® SC a VRd+DR supone un beneficio significativo en SLP vs. VRd+R<sup>1</sup>



▼ 58%

Reducción del riesgo de progresión en pacientes tratados con DVRd + DR vs. los tratados con VRd+R<sup>1</sup>

Figura de Moreau P, et al. Presentación oral presentada en ASCO 2025.<sup>2</sup>

ASCO: American Society of Clinical Oncology; DR: DARZALEX®+lenalidomida; DVRd: DARZALEX®+Velcade®+lenalidomida+dexametasona; HR: hazard ratio; IC: intervalo de confianza; R: lenalidomida; Rd: lenalidomida+dexametasona; SC: subcutáneo; SLP: supervivencia libre de progresión; VRd: Velcade®+lenalidomida+ dexametasona.

1. Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313; 2. Moreau P, et al. Subcutaneous Daratumumab (Dara) + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone With Dara + Lenalidomide Maintenance in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Sustained Minimal Residual Disease Negativity in the Phase 3 PERSEUS Trial. Presentación oral presentada en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 julio, 2025; Chicago, IL, EE. UU.

# 17 años de mediana de SLP proyectada\*1

Es importante hacer una **estimación** de los datos de ensayos clínicos **usando modelos de aproximación en situaciones en las que los beneficios** (mediana de SLP) **suelen exceder la duración del ensayo clínico**, incluso tras 4-5 años de seguimiento<sup>1</sup>

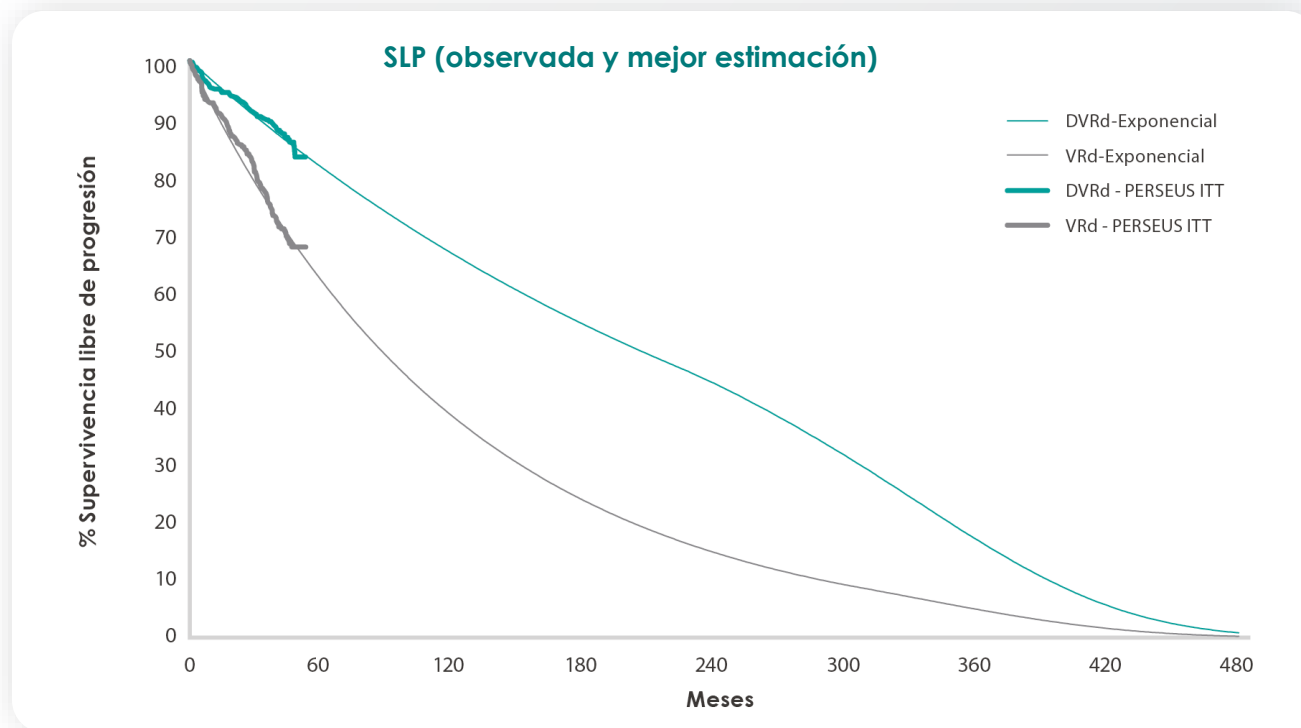


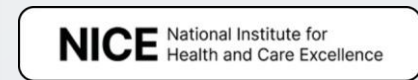
Figura de Sonneveld P, et al. Presentación oral presentada en 65th EMN, 2025.<sup>1</sup>

A los 118 meses se estimó una proyección del SLP mejor ajustada de:<sup>1</sup>

**≈ 17,1 años**  
(205 meses)  
DVRd

**VS.**

**≈ 7,3 años**  
(87 meses)  
VRd



**Estas proyecciones estadísticas ayudan a tomar decisiones terapéuticas y refuerzan el beneficio a largo plazo de DVRd con DARZALEX<sup>®</sup> en mantenimiento<sup>1</sup>**

\*205 meses (17,1 años; intervalo: 158-255 meses) en pacientes desde 60 años al inicio.<sup>1</sup>

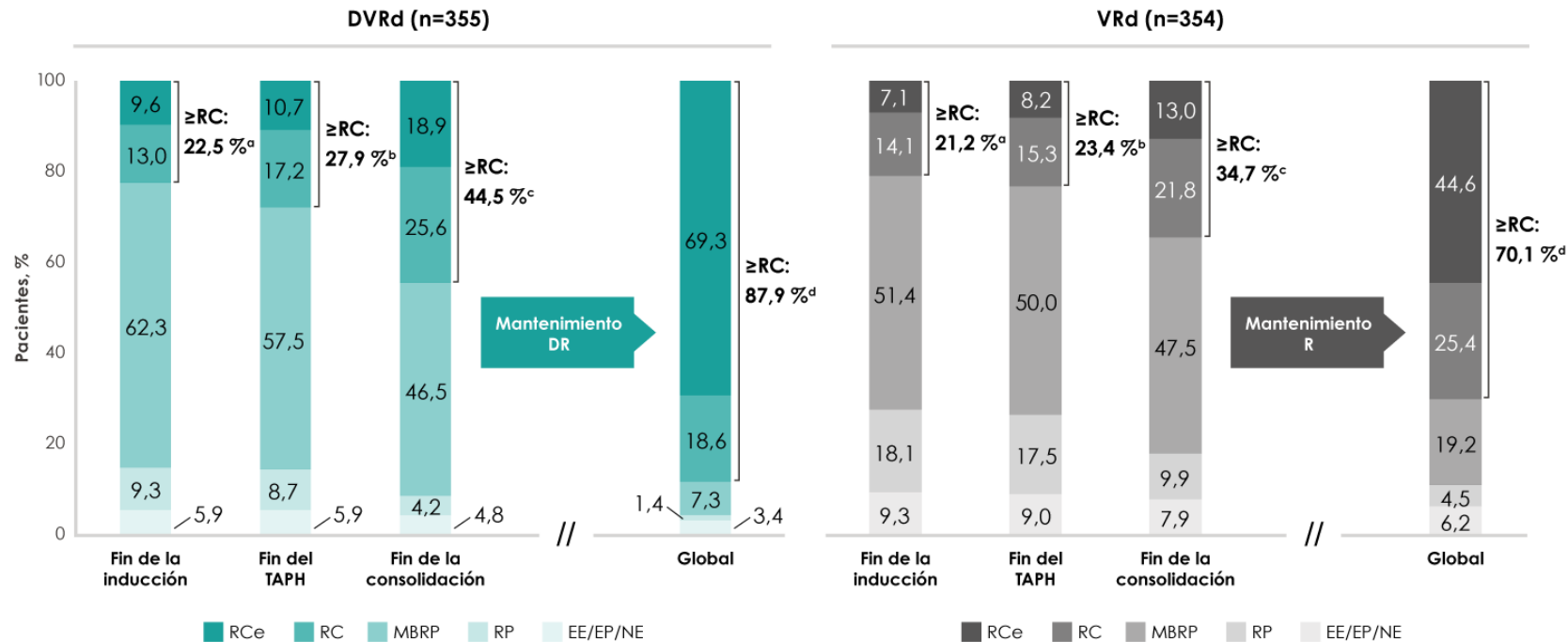
<sup>#</sup>El objetivo de este análisis fue determinar los resultados de SLP a largo plazo en pacientes con MMND candidatos a TAPH tratados con DVRd en el ensayo PERSEUS. Se ajustaron 7 distribuciones paramétricas estándar a los datos del modelo de SLP. Se introdujo un límite de edad basado en la mortalidad general conocida en el Reino Unido.<sup>1</sup>

**DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **EMN:** European Myeloma Network; **ITT:** intención de tratar; **MMND:** mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Sonneveld P, et al. Modeling Long-Term Progression-Free Survival in Transplant-Eligible and Transplant-Ineligible Newly Diagnosed Multiple Myeloma Treated With Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Presentación oral presentada en 65th European Myeloma Network (EMN) meeting; 10-12 abril, 2025; Atenas, Grecia.

# Las respuestas se profundizaron en mayor medida con DVRd+DR vs. VRd+R<sup>1</sup>

Mediana de seguimiento: 47,5 meses<sup>1</sup>



≈88 % de pacientes tratados con DVRd+DR alcanzaron ≥RC vs. ≈70 % de los tratados con VRd+R<sup>†2</sup>

Figura adaptada de Sonneveld P, et al. EHA 2024.<sup>1</sup> Figura completa disponible [AQUÍ](#)

<sup>a</sup>P = 0,6680. <sup>b</sup>P = 0,1774. <sup>c</sup>P = 0,0078. <sup>d</sup>P < 0,0001

<sup>1</sup>El 87,9 % de los pacientes tratados con DVRd>DR alcanzaron ≥RC vs. 70,1 % de los tratados con VRd>R. Datos extraídos de la Tabla 2 de Sonneveld P, et al. NEJM 2024.<sup>2</sup> Tabla completa disponible [AQUÍ](#)

ASCO: American Society of Clinical Oncology; DR: DARZALEX<sup>®</sup>+lenalidomida; DVRd: DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; EE: enfermedad estable; EP: enfermedad progresiva; MBRP: muy buena respuesta parcial; NE: no estimable; R: lenalidomida; RC: respuesta completa; RCe: respuesta completa estricta; RP: respuesta parcial; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; VRd: Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

1. Sonneveld P, et al. Daratumumab + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone in Transplant-eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Minimal Residual Disease in the PERSEUS Trial\*. Presentación oral presentada en European Hematology Association (EHA) Hybrid Congress; 13-16 junio 2024; Madrid, España.



# Respuesta a lo largo del tiempo (ITT)<sup>1</sup>

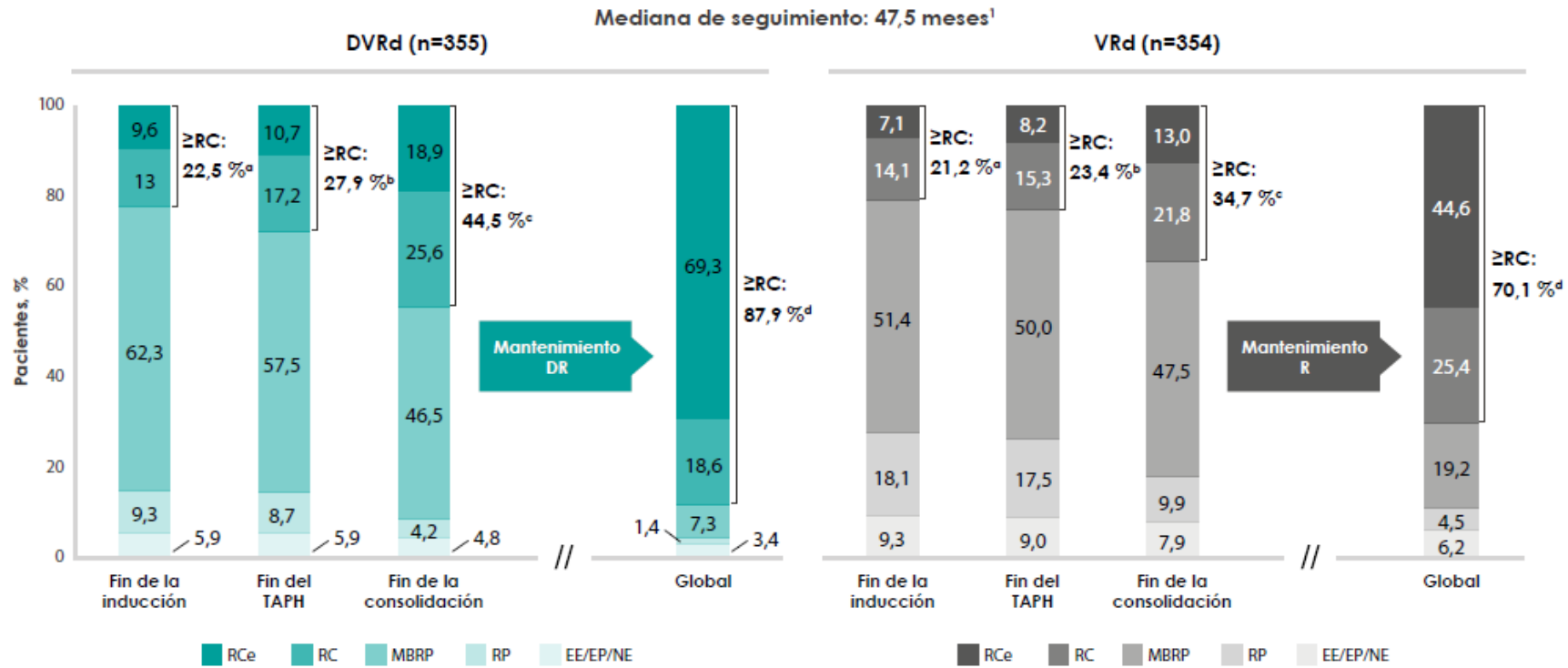


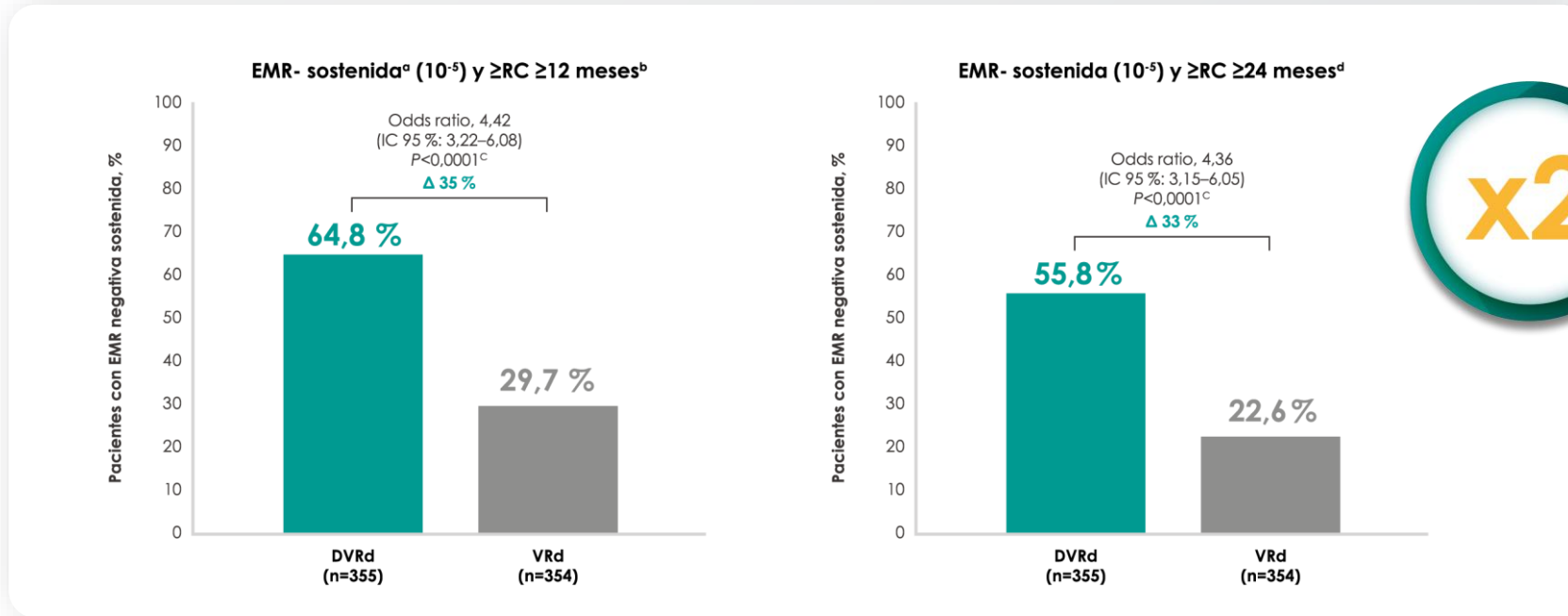
Figura de Sonneveld P, et al. EHA 2024.<sup>1</sup>

<sup>a</sup>P=0,6680. <sup>b</sup>P=0,1774. <sup>c</sup>P<0,0001

ASCO: American Society of Clinical Oncology; DR: DARZALEX®+lenalidomida; DVRd: DARZALEX®+Velcade®+lenalidomida+dexametasona; EE: enfermedad estable; EP: enfermedad progresiva; ITT: intención de tratar; MBRP: muy buena respuesta parcial; NE: no estimable; R: lenalidomida; RC: respuesta completa; Rce: respuesta completa estricta; RP: respuesta parcial; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; VRd: Velcade®+lenalidomida+dexametasona.

1. Sonneveld P, et al. Daratumumab + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone in Transplant-eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Minimal Residual Disease in the PERSEUS Trial\*. Presentación oral presentada en European Hematology Association (EHA) Hybrid Congress; 13-16 junio 2024; Madrid, España.

# DVRd duplicó con creces las tasas de EMR- sostenida tanto a $\geq 12$ como a $\geq 24$ meses frente a VRd<sup>1</sup>



Tasa global de  $\geq$ RC y EMR-:\*1

**75,2%**  
DVRd  
vs.  
47,5 VRd

Figura de Moreau P, et al. Presentación oral presentada en ASCO 2025.<sup>1</sup>

**La EMR negativa sostenida, un criterio de valoración clave de la eficacia y marcador pronóstico, está vinculada a una mejora de la supervivencia<sup>2</sup>**

\*Datos extraídos de la gráfica de Moreau P, et al. ASCO 2025.<sup>1</sup> Gráfica completa disponible [AQUÍ](#)

<sup>a</sup>La EMR negativa se definió como la proporción de pacientes que alcanzaron tanto la negatividad de la EMR como  $\geq$ RC. La EMR se evaluó utilizando aspirados de médula ósea y mediante NGS (ensayo clonoSEQ, versión 2.0; Adaptive Biotechnologies, Seattle, WA, EE. UU.). <sup>b</sup>La EMR negativa sostenida se define como la EMR negativa y confirmada con al menos 1 año de intervalo sin EMR positiva entre medias. <sup>c</sup>El valor P se calculó a partir de la prueba estratificada de Cochran-Mantel-Haenszel. <sup>d</sup>La EMR negativa sostenida se define como 2 lecturas consecutivas negativas de EMR con al menos 24 meses (-3) de diferencia sin EMR positiva entre ellas.

ASCO: American Society of Clinical Oncology; DVRd: DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; EE. UU.: Estados Unidos; EMR: enfermedad mínima residual; EMR-: enfermedad mínima residual negativa; IC: intervalo de confianza; NGS: next generation sequencing; RC: respuesta completa; SC: subcutáneo; VRd: Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; WA: Washington.

1. Moreau P, et al. Subcutaneous Daratumumab (Dara) + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone With Dara + Lenalidomide Maintenance in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Sustained Minimal Residual Disease Negativity in the Phase 3 PERSEUS Trial. Presentation oral presentada en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 julio, 2025; Chicago, IL, EE. UU. 2. Ntanasis-Stathopoulos I, et al. Evaluating Minimal Residual Disease Negativity as a Surrogate Endpoint for Treatment Efficacy in Multiple Myeloma: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Hematol 2025;100(3):427-438.



## Tasa de EMR- y $\geq$ RC<sup>a1</sup>

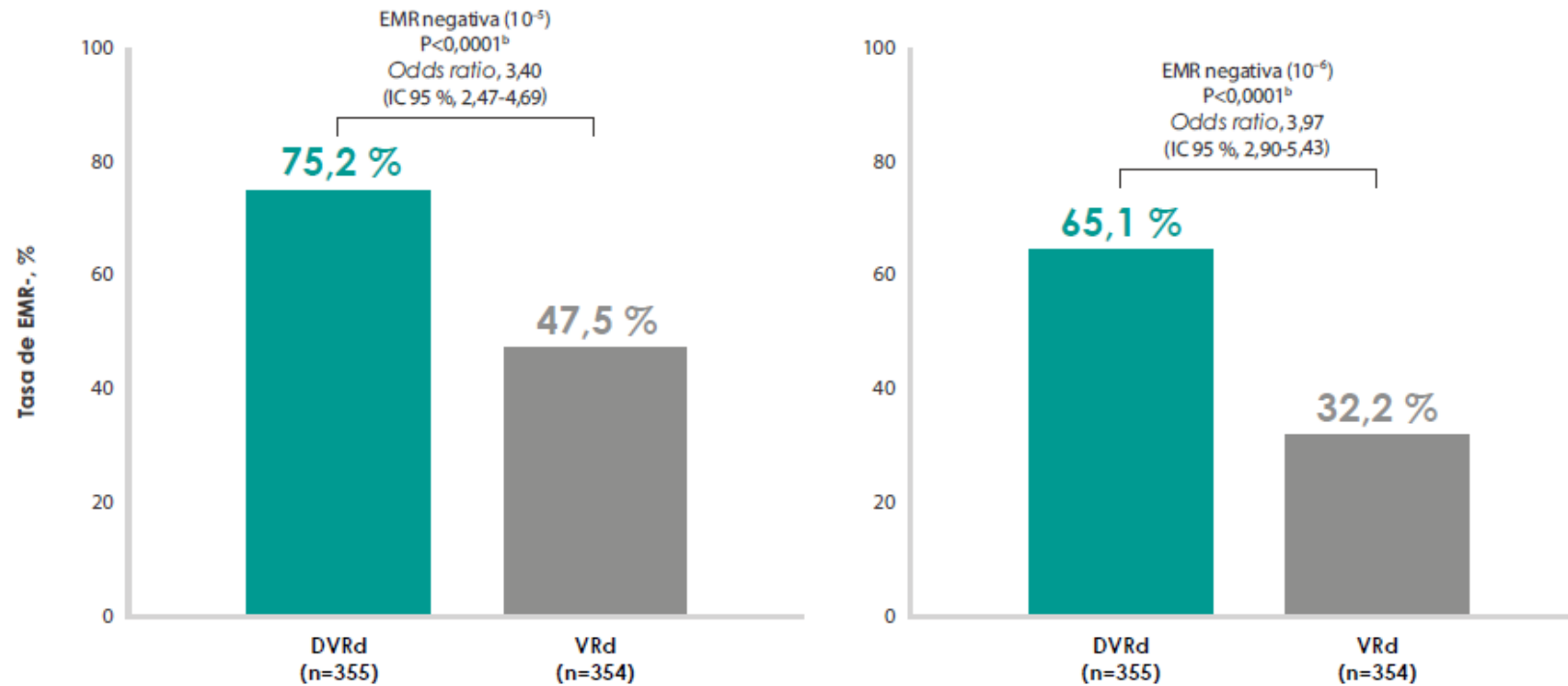


Figura de Moreau P, et al. ASCO 2025.<sup>1</sup>

<sup>a</sup>La tasa de EMR negativa se definió como la proporción de pacientes que alcanzaron tanto la EMR- como  $\geq$ RC. La EMR se determinó mediante aspirados de médula ósea y se evaluó mediante NGS (ensayo clonoSEQ, versión 2.0; Adaptive Biotechnologies, Seattle, WA, EE. UU.)<sup>1</sup>

<sup>b</sup>Los P valores se calcularon mediante la prueba de chi cuadrado estratificada de Cochran-Mantel-Haenszel.<sup>1</sup>

**ASCO:** American Society of Clinical Oncology; **DVRd:** DARZALEX®+Velcade®+lenalidomida+dexametasona; **EE. UU.:** Estados Unidos; **EMR:** enfermedad mínima residual; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **IC:** intervalo de confianza; **NGS:** next generation sequencing; **RC:** respuesta completa; **VRd:** Velcade®+lenalidomida+dexametasona; **WA:** Washington.

**1.** Moreau P, et al. Subcutaneous Daratumumab (Dara) + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone With Dara + Lenalidomide Maintenance in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Sustained Minimal Residual Disease Negativity in the Phase 3 PERSEUS Trial. Presentación oral presentada en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 julio, 2025; Chicago, IL, EE. UU

# DVRd duplicó las tasas de EMR- sostenida tanto a $\geq 12$ como a $\geq 24$ meses frente a VRd<sup>1</sup>

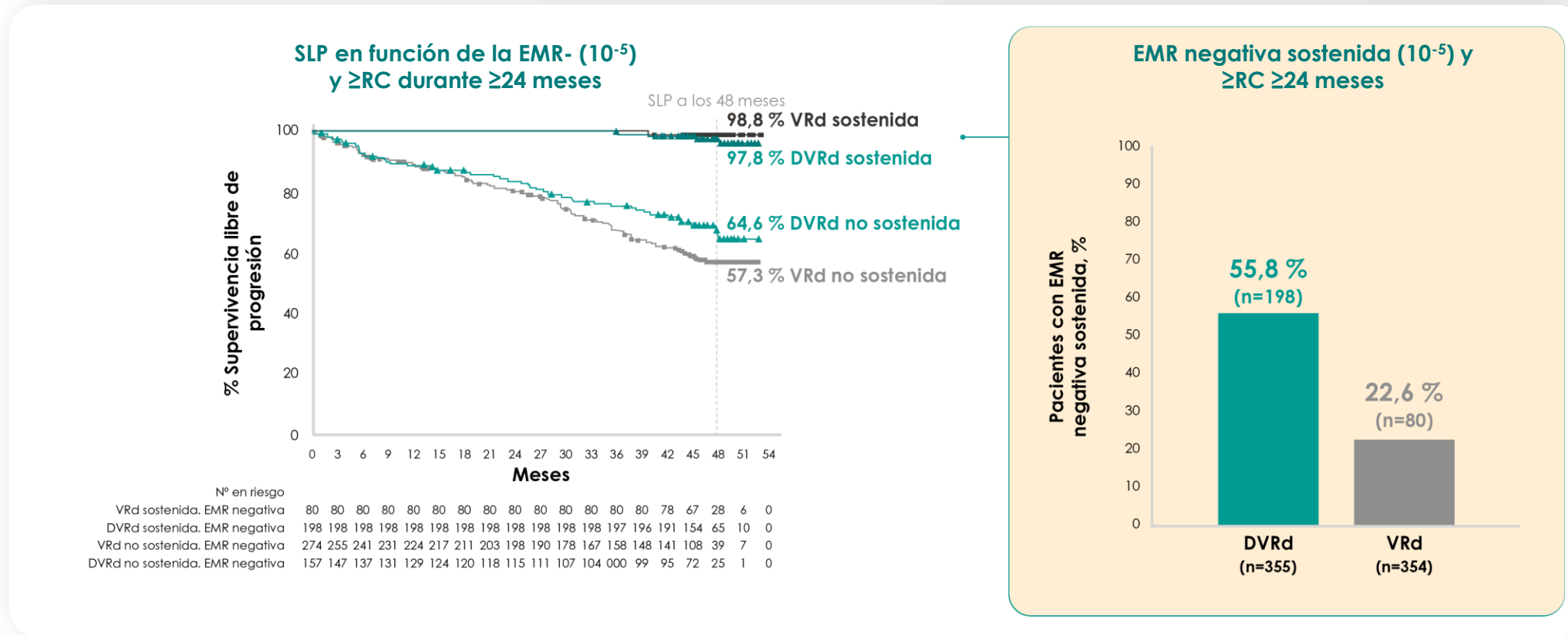


Figura de Moreau P, et al. ASCO 2025.<sup>1</sup>

**ASCO:** American Society of Clinical Oncology; **DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **EMR:** enfermedad mínima residual; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **RC:** respuesta completa; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Moreau P, et al. Subcutaneous Daratumumab (Dara) + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone With Dara + Lenalidomide Maintenance in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Sustained Minimal Residual Disease Negativity in the Phase 3 PERSEUS Trial. Presentacion oral presentada en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 julio, 2025; Chicago, IL, EE. UU.

# Durante el mantenimiento, la conversión a EMR- ( $10^{-6}$ ) se duplicó y la conversión a EMR- sostenida se triplicó, con DR vs. R<sup>1</sup>

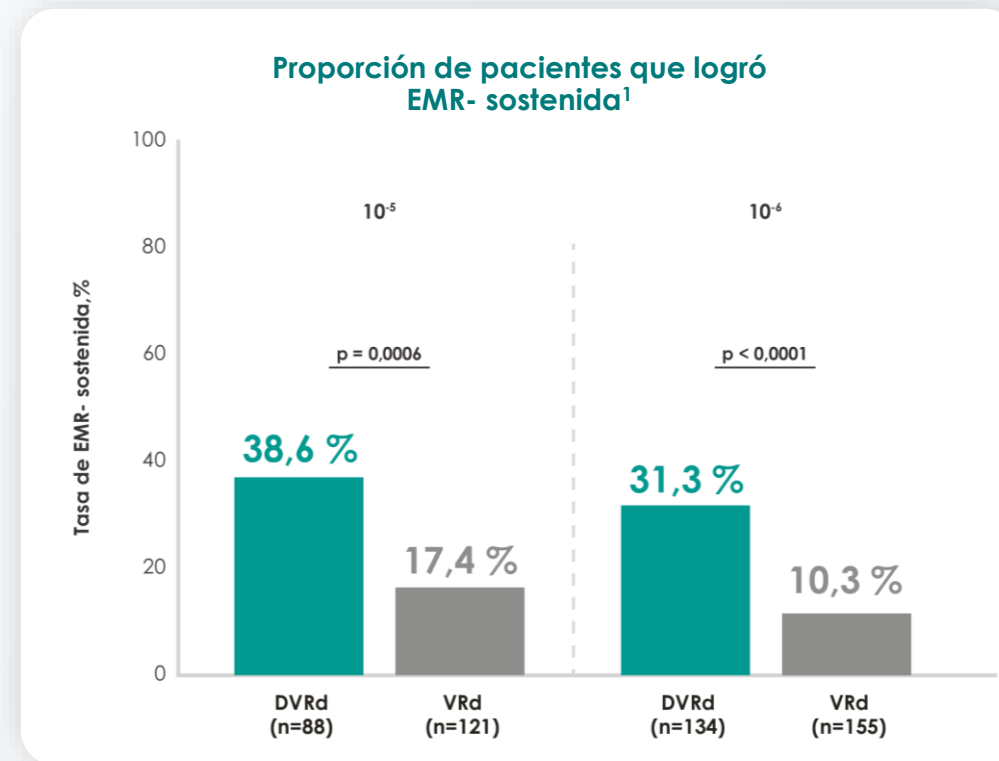
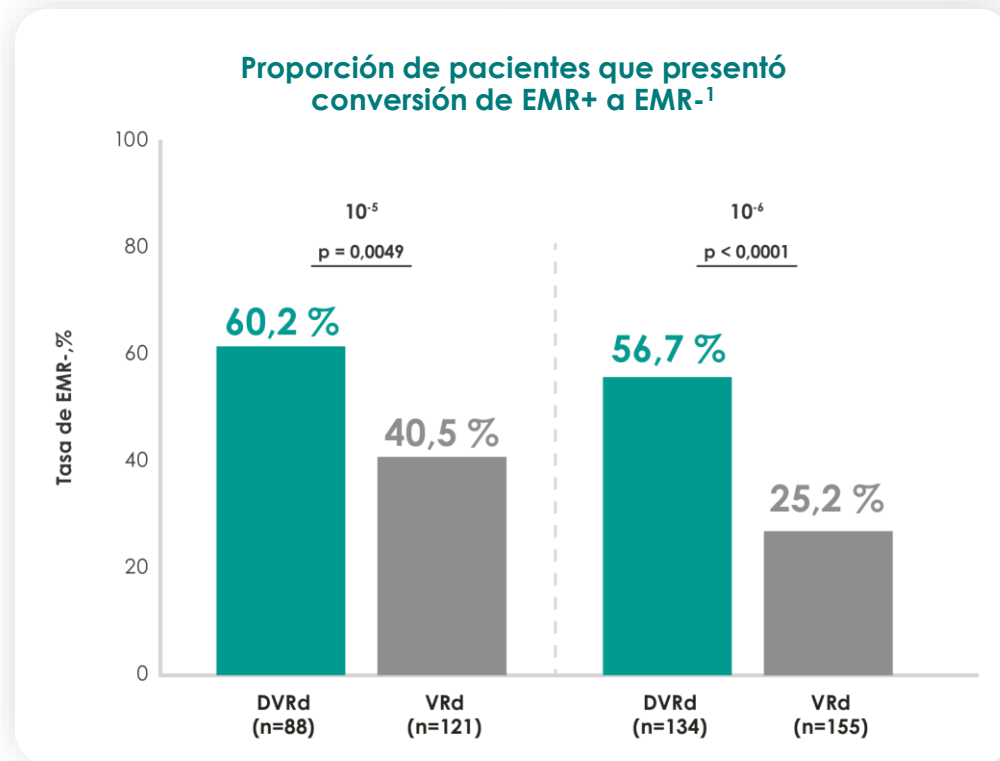


Figura de Sonneveld P, et al. EHA 2024.<sup>1</sup>

**DVRd incrementa la conversión a EMR- y favorece su mantenimiento sostenido vs. VRd<sup>1</sup>**

La tasa de EMR- se definió como la proporción de pacientes que alcanzaron ambos EMR- y  $\geq$ RC. Se calcularon los valores de P utilizando el test chi-cuadrado no estratificado de Cochran-Mantel Haenszel.<sup>1</sup>  
**ASCO:** American Society of Clinical Oncology; **DR:** DARZALEX<sup>®</sup>+lenalidomida; **DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **EMR-:** enfermedad mínima residual; **EMR+:** enfermedad mínima residual positiva; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **R:** lenalidomida; **RC:** respuesta completa; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

1. Sonneveld P, et al. Daratumumab + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone in Transplant-eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Minimal Residual Disease in the PERSEUS Trial\*. Presentación oral presentada en European Hematology Association (EHA) Hybrid Congress; 13-16 junio 2024; Madrid, España.

# El perfil de seguridad de DVRd fue consistente con los perfiles conocidos para DARZALEX® y VRd en esta población de pacientes<sup>1</sup>

	DVRd (N=351)		VRd (N=347)	
	Cualquier grado	Grado 3 o 4	Cualquier grado	Grado 3 o 4
	Número de pacientes (porcentaje)			
<b>Cualquier evento adverso</b>	349 (99,4)	321 (91,5)	344 (99,1)	297 (85,6)
<b>Evento adverso hematológico</b>				
Neutropenia	243 (69,2)	218 (62,1)	204 (58,8)	177 (51,0)
Trombocitopenia	170 (48,4)	102 (29,1)	119 (34,3)	60 (17,3)
Anemia	78 (22,2)	21 (6,0)	72 (20,7)	22 (6,3)
Neutropenia febril	34 (9,7)	33 (9,4)	38 (11,0)	35 (10,1)
<b>Evento adverso no hematológico</b>				
Diarrea	214 (61,0)	37 (10,5)	188 (54,2)	27 (7,8)
Neuropatía periférica sensitiva	188 (53,6)	15 (4,3)	179 (51,6)	14 (4,0)
Estreñimiento	119 (33,9)	8 (2,3)	118 (34,0)	6 (1,7)
Pirexia	111 (31,6)	8 (2,3)	109 (31,4)	9 (2,6)
Insomnio	95 (27,1)	8 (2,3)	61 (17,6)	6 (1,7)
Astenia	94 (26,8)	12 (3,4)	89 (25,6)	9 (2,6)
Tos	85 (24,2)	1 (0,3)	51 (14,7)	0
Fatiga	84 (23,9)	10 (2,8)	92 (26,5)	18 (5,2)
Eritema	82 (23,4)	9 (2,6)	94 (27,1)	17 (4,9)
Dolor espalda	80 (22,8)	2 (0,6)	66 (19,0)	1 (0,3)
Edema periférico	72 (20,5)	4 (1,1)	74 (21,3)	1 (0,3)
Náuseas	71 (20,2)	2 (0,6)	58 (16,7)	2 (0,6)
Infección	305 (86,9)	124 (35,3)	266 (76,7)	95 (27,4)
• COVID-19	123 (35,0)	12 (3,4)	83 (23,9)	4 (1,2)
• Infección del tracto respiratorio superior	111 (31,6)	2 (0,6)	87 (25,1)	6 (1,7)
• Neumonía	64 (18,2)	37 (10,5)	38 (11,0)	21 (6,1)
<b>Neoplasia secundaria</b>	37 (10,5)	NA	25 (7,2)	NA
<b>Cualquier reacción relacionada con la inyección</b>	21 (6,0)	3 (0,9)	NA	NA

Tabla 3 de Sonneveld P, et al. NEJM 2024.<sup>1</sup>



**EAs que condujeran a discontinuaciones del tratamiento:<sup>1</sup>**

**8,8%**  
**DVRd**

vs.

**21,3%**  
**VRd**

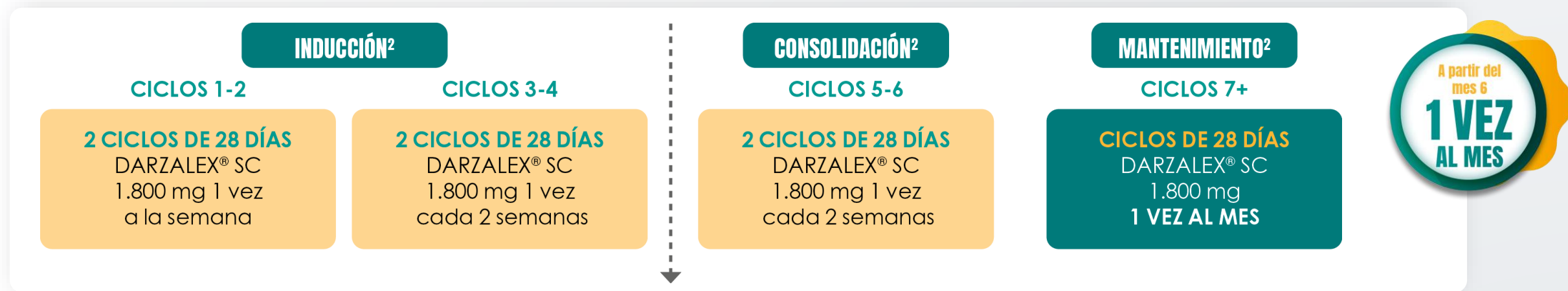
\*La población de seguridad incluyó a los pacientes que habían recibido al menos una dosis de tratamiento asignado. Se enumeran los acontecimientos adversos de cualquier grado que se notificaron en al menos el 20% de los pacientes de cualquiera de los grupos de tratamiento y los acontecimientos adversos de grado 3 o 4 que se notificaron en al menos el 10% de los pacientes de cualquiera de los grupos de tratamiento.<sup>1</sup>

Para mayor información acerca del perfil de seguridad de DARZALEX®, consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.<sup>2</sup>

**COVID-19:** Coronavirus disease 2019; **DVRd:** DARZALEX®+Velcade®+lenalidomida+dexametasona; **EAs:** eventos adversos; **NA:** no aplica; **VRd:** Velcade®+lenalidomida+dexametasona.

1. Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313. 2. Ficha técnica de DARZALEX®.

# DVRd+DR ofrece la posibilidad de discontinuar el tratamiento con DARZALEX<sup>®</sup> tras 24 meses de mantenimiento<sup>1</sup>



Representación esquemática realizada en base a la Tabla 4 de la Ficha técnica.<sup>1</sup> Tabla completa disponible [AQUÍ](#)

## Detener para quimioterapia a dosis altas y TAPH



Tras al menos 24 meses de mantenimiento, los pacientes que habían alcanzado una  $\geq$ RC y EMR-<sup>2</sup> durante al menos 12 meses, discontinuaron DARZALEX<sup>®</sup>2



≈2 de cada 3 pacientes con MMND (64,8 %) finalizaron su tratamiento con DARZALEX<sup>®</sup> a los 2 años de mantenimiento con DR<sup>2</sup>



Tiempo de administración DARZALEX<sup>®</sup>

**SC:** 3-5 minutos<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Ausencia de células malignas a un límite de sensibilidad de 10<sup>-5</sup> o menos.<sup>1</sup>

Para mayor información acerca de la pauta posológica y forma de administración de DARZALEX<sup>®</sup>, consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica.

DR: DARZALEX<sup>®</sup>+lenalidomida; DVRd: DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; EMR-: enfermedad mínima residual negativa; MMND: mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; RC: respuesta completa; SC: subcutáneo; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

1. Ficha Técnica de DARZALEX<sup>®</sup>. 2. Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313.



# Pauta posológica de DARZALEX® en combinación con VRd; ciclos de tratamiento de 4 semanas<sup>1</sup>

Fase de tratamiento	Semanas	Pauta
Inducción	Semanas 1 a 8	Semanalmente (8 dosis en total)
	Semanas 9 a 16 <sup>a</sup>	Cada dos semanas (4 dosis en total)
Detener para quimioterapia a dosis altas y TAPH		
Consolidación	Semanas 17 a 24 <sup>b</sup>	Cada dos semanas (4 dosis en total)
Mantenimiento	Semana 25 en adelante hasta progresión de la enfermedad <sup>c</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 9.<sup>1</sup>

<sup>b</sup> La semana 17 corresponde con la reanudación del tratamiento después de la recuperación del TAPH.<sup>1</sup>

<sup>c</sup> El tratamiento con DARZALEX® se puede suspender en pacientes con EMR negativa mantenida durante 12 meses y que han recibido tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 24 meses.<sup>1</sup>

Tabla 4 de la Ficha Técnica de DARZALEX®.<sup>1</sup>

Para mayor información acerca de la dosis y la pauta posológica de los medicamentos administrados con DARZALEX® SC, consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica de DARZALEX®.<sup>1</sup>

EMR: enfermedad mínima residual; SC: subcutáneo; TAPH: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; VRd: Velcade®+lenalidomida+dexametasona.

1. Ficha Técnica de DARZALEX®.

# A partir del mes 6: 1 vez al mes<sup>1</sup>

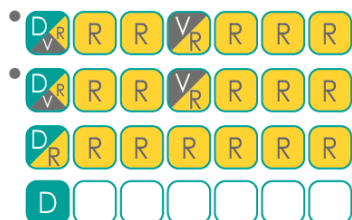
## Quimioterapia a dosis altas y TAPH

### INDUCCIÓN

#### CICLOS 1-2

2 ciclos de 28 días

- DARZALEX<sup>®</sup> SC:** 1.800 mg  
1 vez a la semana
- Velcade<sup>®</sup> SC:** 1,3 mg/m<sup>2</sup> días  
1, 4, 8 y 11
- Lenalidomida VO:** 25 mg  
días 1-21

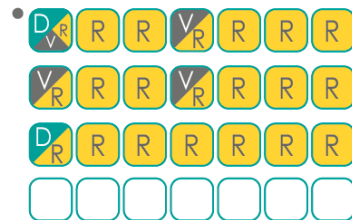


- Dexametasona VO/IV:** 40 mg  
días 1-4 y 9-12
- Dexametasona VO/VI:** 20 mg  
días 8, 15 y 22.
- Metilprednisolona VO:** en dosis  
bajas ( $\leq 20$  mg) días 16 y 23

#### CICLOS 3-4

2 ciclos de 28 días

- DARZALEX<sup>®</sup> SC:** 1.800 mg  
1 vez cada 2 semanas
- Velcade<sup>®</sup> SC:** 1,3 mg/m<sup>2</sup>  
días 1, 4, 8 y 11
- Lenalidomida VO:** 25 mg  
días 1-21



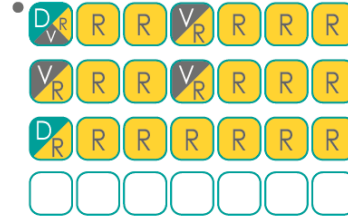
- Dexametasona VO/IV:** 40 mg  
días 1-4 y 9-12
- Dexametasona 20mg VO/VI:**  
día 15
- Metilprednisolona VO:** en dosis  
bajas ( $\leq 20$  mg) día 16

### CONSOLIDACIÓN

#### CICLOS 5-6

2 ciclos de 28 días

- DARZALEX<sup>®</sup> SC:** 1.800 mg  
1 vez cada 2 semanas
- Velcade<sup>®</sup> SC:** 1,3 mg/m<sup>2</sup>  
días 1, 4, 8 y 11
- Lenalidomida VO:** 25 mg  
días 1-21



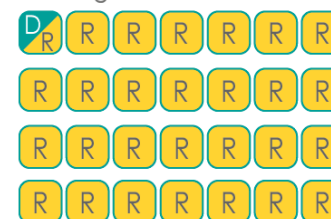
- Dexametasona VO/IV:** 40 mg  
días 1-4 y 9-12
- Dexametasona 20mg VO/VI:**  
día 15
- Metilprednisolona VO:** en dosis  
bajas ( $\leq 20$  mg) día 16

### MANTENIMIENTO

#### CICLOS 7+

Ciclos de 28 días

- DARZALEX<sup>®</sup> SC:** 1.800 mg  
1 vez al mes
- Lenalidomida VO:**  
10 mg días 1-28



- Dexametasona VO/IV:** 20 mg día 1
- Metilprednisolona VO:** en dosis bajas  
( $\leq 20$  mg) día 2

El tratamiento con DARZALEX<sup>®</sup> se puede suspender en pacientes con EMR negativa mantenida durante 12 meses y que han recibido tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 24 meses.<sup>1</sup>



Esta representación gráfica incluye el tratamiento corticoideo de base y el empleo como pre y posmedicación.

• Los días que coincida la administración de Velcade<sup>®</sup> y DARZALEX<sup>®</sup>, Velcade<sup>®</sup> se administrará después de DARZALEX<sup>®</sup>.

Para mayor información acerca de la pauta posológica y forma de administración de DARZALEX<sup>®</sup> y de los medicamentos administrados en combinación, consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica de DARZALEX<sup>®</sup>.

# El 64,8 % de los pacientes finalizaron su tratamiento con DARZALEX<sup>®</sup> a los 2 años de mantenimiento con DR<sup>1</sup>

≈ 17,1 años SLP (205 meses) DVRd\*<sup>2</sup>

Tratamiento  
DARZALEX<sup>®</sup> SC

Tiempo libre de administración hospitalaria<sup>^</sup>



\*vs. ≈7,3 años (87 meses) VRd.<sup>2</sup>

<sup>^</sup>El tratamiento de DARZALEX<sup>®</sup> se puede suspender en pacientes con EMR- mantenida durante 12 meses y que han recibido un tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 24 meses.<sup>3</sup> Para mayor información acerca de la pauta posológica de DARZALEX<sup>®</sup>, consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica.<sup>3</sup>

**DR:** DARZALEX<sup>®</sup>+lenalidomida; **DVRd:** DARZALEX<sup>®</sup>+Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **SC:** subcutáneo; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **VRd:** Velcade<sup>®</sup>+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313; **2.** Sonneveld P, et al. Modeling Long-Term Progression-Free Survival in Transplant-Eligible and Transplant-Ineligible Newly Diagnosed Multiple Myeloma Treated With Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Presentación oral presentada en 65th European Myeloma Network (EMN) meeting; 10-12 abril, 2025; Atenas, Grecia; **3.** Ficha Técnica de DARZALEX<sup>®</sup>.

# DARZALEX® es el primer fármaco oncológico inyectable autorizado con posibilidad de administración por parte de los pacientes o sus cuidadores<sup>&1-3</sup>



DARZALEX® SC  
daratumumab subcutáneo

- DARZALEX® es el único fármaco anti-CD38<sup>^</sup> que presenta una administración por vía subcutánea de 3-5 minutos\* y con un perfil de seguridad bien establecido<sup>Ω1</sup>

La autoadministración por parte del paciente o cuidador ofrece la opción de:<sup>\*1,4</sup>

## Adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente:<sup>1</sup>



- Mantener el esquema posológico que se sigue en el hospital
- Permitiendo a los pacientes o a sus cuidadores autoadministrarlo



Ahorro de tiempo y mayor flexibilidad<sup>5</sup>

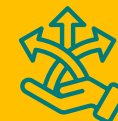
La opción de autoadministración puede beneficiar a sus pacientes y/o cuidadores:<sup>1-4,5</sup>



Mejorando calidad de vida con menos visitas al hospital<sup>5,6</sup>



Reduciendo las dificultades relacionadas con el transporte y tiempo<sup>5</sup>



Mayor flexibilidad y comodidad para gestionar el tratamiento en un entorno personal, lo que se asocia con un mayor control y tranquilidad en su vida diaria<sup>5</sup>



DARZALEX®:  
pauta mensual a partir del 6º mes<sup>1</sup>

≈725.000 pacientes tratados en todo el mundo<sup>#7</sup>

<sup>&</sup>Las primeras 4 dosis deben ser administradas por un profesional de la salud. Las dosis subsiguientes pueden ser autoadministradas por el paciente o cuidador tras la formación adecuada por parte del profesional sanitario.<sup>1</sup> <sup>^</sup>Para mayor información consultar la ficha técnica de isatuximab disponible en CIMA<sup>2</sup>. <sup>Ω</sup>El perfil de seguridad de DVRd fue consistente con los perfiles conocidos para DARZALEX® y VRd en esta población de pacientes. Un 8,8 % de los pacientes tratados con DVRd notificaron EAs que condujeron a discontinuaciones del tratamiento vs. un 21,3 % de los tratados con VRd.<sup>4</sup> Para mayor información acerca del perfil de seguridad de DARZALEX® consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica. <sup>\*</sup>Para mayor información acerca del perfil de posología y administración consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica. <sup>#</sup>725.000 pacientes con MM tratados con DARZALEX<sup>4</sup>

**CD38:** cluster of differentiation 38; **CIMA:** Centro de Información de Medicamentos; **MM:** mieloma múltiple; **SC:** subcutáneo

**1.** Ficha Técnica DARZALEX®; **2.** Ficha Técnica isatuximab; **3.** EMA. Darzalex®. Procedural steps taken and scientific information after the authorisation. Disponible en:

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/darzalex-epar-procedural-steps-taken-scientific-information-after-authorisation\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/darzalex-epar-procedural-steps-taken-scientific-information-after-authorisation_en.pdf) Último acceso: mayo 2026; **4.** Sonneveld P, et al.

Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313; **5.** Kirkegaard J, et al. Home is best. Self-administration of subcutaneous Bortezomib at home in patients

with multiple myeloma - A mixed method study. Eur J Oncol Nurs. 2022;60:102199; **6.** Beer H, et al. The development of a home-based therapeutic platform for multiple myeloma. Expert Rev Hematol. 2021;14(12):1129-

1135; **7.** Mateos MV, et al. Phase 3 Randomized Study of Teclistamab Plus Daratumumab Versus Investigator's Choice of Daratumumab and Dexamethasone With Either Pomalidomide or Bortezomib (DPd/DVd) in

Patients With Relapsed Refractory Multiple Myeloma (RRMM): Results of MajesTEC-3. Presentación oral presentada en 67th American Society of Hematology (ASH) Annual Meeting and Exposition; 6-9 diciembre 2025;

Orlando, FL, EE. UU.

J&J

# DARZALEX®: es el único anti-CD38 financiado para la inducción, consolidación y mantenimiento<sup>1,2</sup>

mSLP proyectada<sup>3</sup>

≈ **17,1 años**

205 meses DVRd

vs.

≈ 7,3 años<sup>3</sup>

87 meses VRd

Con casi 4 años de seguimiento, los resultados de PERSEUS de DARZALEX® SC+VRd mostraron:

EMR-

**X2**

DVRd duplicó con creces las tasas de EMR- sostenida tanto a ≥12 como a ≥24 meses frente a la VRd<sup>4</sup>

Perfil de seguridad\*

**8,8 % DVRd**

Eventos adversos que condujeron a una discontinuación

vs.

21,3 % en los tratados con VRd+R<sup>5</sup>

Estos resultados apoyan a DVRd como el nuevo estándar de tratamiento para los pacientes con MMND NC a TAPH o con trasplante diferido<sup>5</sup>

**DARZALEX® SC: único<sup>^</sup> anti-CD38 que permite la autoadministración por parte del paciente o cuidador<sup># 1,6</sup>**

\*Las primeras 4 dosis de DARZALEX® se deben administrar por un profesional sanitario, y la primera dosis se debe administrar en un entorno donde se disponga de equipamiento para la reanimación. DARZALEX está indicado para uso bajo la dirección de un profesional sanitario. Una vez recibida la debida formación sobre la preparación del producto y la técnica de inyección subcutánea, un paciente o el cuidador de un paciente puede administrar las dosis posteriores de DARZALEX® después de las 4 dosis iniciales, siempre que un profesional sanitario determine que resulta apropiado y con seguimiento médico, según sea necesario.<sup>1</sup>

<sup>#</sup>Para mayor información acerca del perfil de posología y administración consultar la sección 4.2 de la Ficha Técnica.

<sup>^</sup>Para mayor información acerca de isatuximab consultar su ficha técnica disponible en CIMA.

**CIMA:** Centro de Información de Medicamentos; **DVRd:** DARZALEX®+Velcade®+lenalidomida+dexametasona; **EAETs:** eventos adversos emergentes con el tratamiento; **EMR-:** enfermedad mínima residual negativa; **MM:** mieloma múltiple; **MMND:** mieloma múltiple de nuevo diagnóstico; **NC:** no candidatos; **RC:** respuestas completas; **SC:** subcutáneo; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **TAPH:** trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; **VRd:** Velcade®+lenalidomida+dexametasona.

**1.** Ficha Técnica DARZALEX®; **2.** Ficha Técnica isatuximab; **3.** Sonneveld P, et al. Modeling Long-Term Progression-Free Survival in Transplant-Eligible and Transplant-Ineligible Newly Diagnosed Multiple Myeloma Treated With Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone. Presentación oral presentada en 6<sup>th</sup> European Myeloma Network (EMN) meeting; 10-12 abril, 2025; Atenas, Grecia; **4.** Moreau P, et al. Subcutaneous Daratumumab (Dara) + Bortezomib/Lenalidomide/Dexamethasone With Dara + Lenalidomide Maintenance in Transplant-Eligible Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma: Analysis of Sustained Minimal Residual Disease Negativity in the Phase 3 PERSEUS Trial. Presentación oral presentada en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 julio, 2025; Chicago, IL, EE. UU; **5.** Sonneveld P, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. NEJM 2024;390(4):301-313; **6.** Myeloma.org. Disponible en: <https://www.myeloma.org/news-events/multiple-myeloma-news/chmp-ema-approves-dara-as-first-self-administered-oncology-injectable> Último acceso: mayo 2026.



# Gracias!

Ficha Técnica disponible en el siguiente link:  
<https://static.janssen-emea.com/sites/default/files/Spain/SMPC/ES-PL-0006.pdf?tracked>