

más de 20 años[^] juntos frente al Mieloma Múltiple

una **M**eta
co**M**partida



[^]Velcade® fue autorizado por la Comisión Europea el 26 abril 2004.¹

1. EPAR Velcade®. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/velcade>. Último acceso: julio 2026

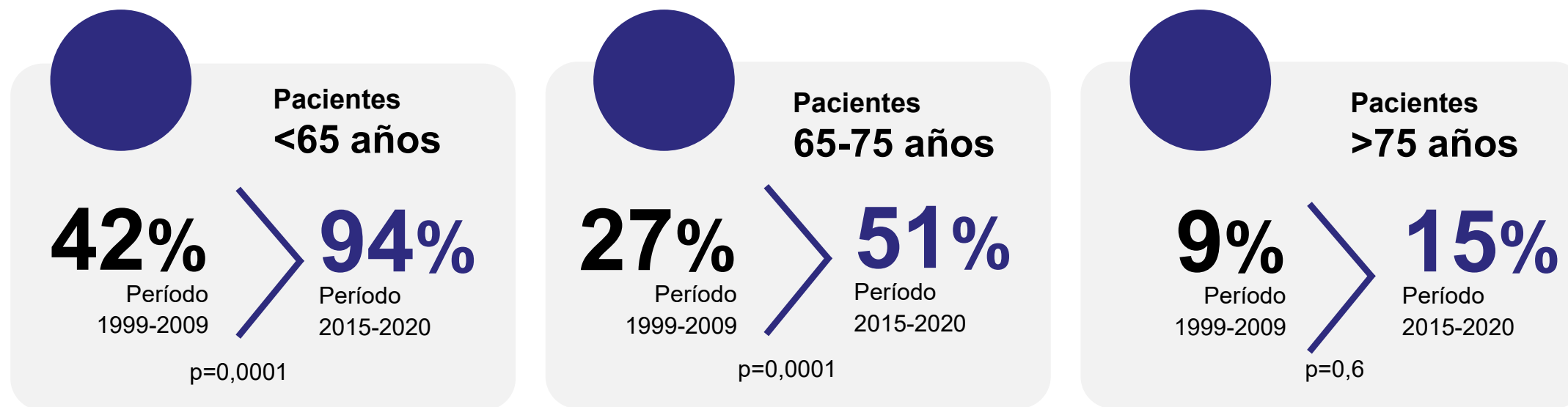
Johnson & Johnson

CP-586550 Julio 2026 Janssen-Cilag S.A

Contexto de la enfermedad

La esperanza de vida en pacientes con MM ha aumentado en las últimas 2 décadas en España¹

SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS * 1

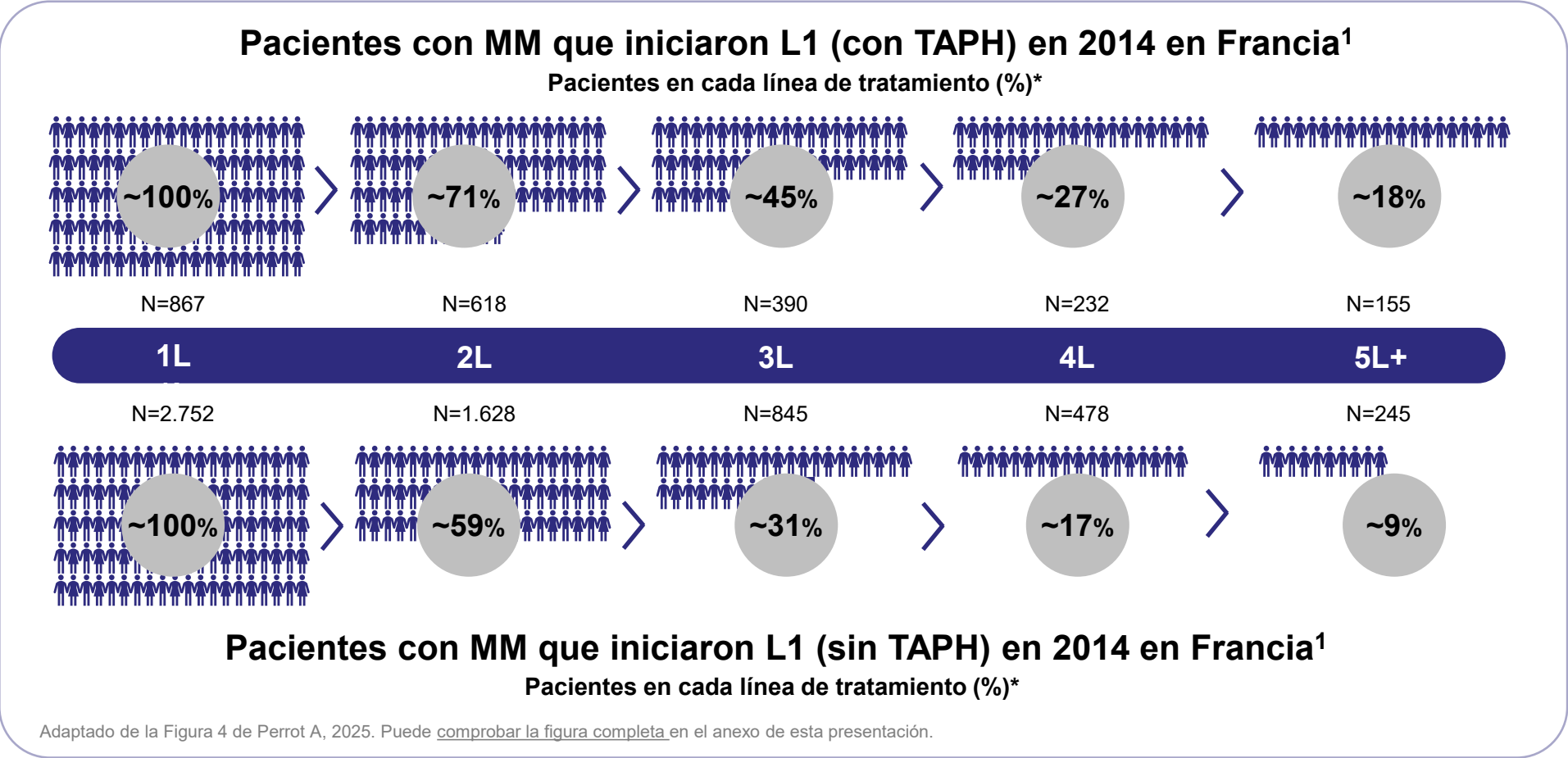


**Pero siguen perdiendo años de vida
vs. la población general²**

*Estudio retrospectivo de 703 pacientes diagnosticados entre 1999 y 2020 con MM sintomático (ICD- 10-CM code C90.0) en un hospital terciario de España, el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se establecieron cohortes comparadoras utilizando datos anonimizados a los que se accedió a través de la plataforma TriNetX, que incluyeron 62.572 pacientes de la red de Estados Unidos y 6.377 pacientes de la red EMEA.¹

1. Lopez-Muñoz N, et al. Large-scale real-life analysis of survival and usage of therapies in multiple myeloma. J Hematol Oncol 2023 Jul 19;16(1):76. 2. Perrot A et al. Survival, years of life lost and attrition rates in multiple myeloma patients in France. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2025 Aug;25(8):606-614.e1.

Cada nueva línea de tratamiento pierde ~40% de pacientes respecto a la línea anterior^{#^1}



17 años perdidos
de vida vs. población general¹

11 años perdidos
de vida vs. población general¹

[#]Estudio de cohortes basado en la población que utiliza la Base de Datos Nacional de Salud de Francia (SNDS, Système National des Données de Santé). Mediante un algoritmo validado, se identificaron en el SNDS a todos los adultos tratados por un MM entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2021. Para evaluar la supervivencia y los años de vida perdidos en pacientes con MM recién tratados, los análisis se centraron en los pacientes que iniciaron un tratamiento de primera línea (L1) entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2021. Los objetivos primarios fueron la SG, los años de vida perdidos y la tasa de abandono. La SG se definió como el tiempo transcurrido desde el inicio del L1 hasta el fallecimiento. Los años de vida perdidos se definieron como la diferencia media de supervivencia observada entre la población de este análisis y la población general (ajustada por edad y sexo). [^]Entre los pacientes que iniciaron un 1L de tratamiento en 2014 (N = 3.619), la tasa de abandono L1 a L2 se estimó en un 38 % (N = 1.373), de L2 a L3 en un 45 % (N = 1.011) y L3 a L4 en un 43 % (N = 525). *Porcentajes calculados con la n de pacientes que accede a cada línea de tratamiento, respecto a la n de pacientes tratados en 1L.
L: línea de tratamiento
1. Perrot A et al. Survival, years of life lost and attrition rates in multiple myeloma patients in France. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2025 Aug;25(8):606-614.e1.

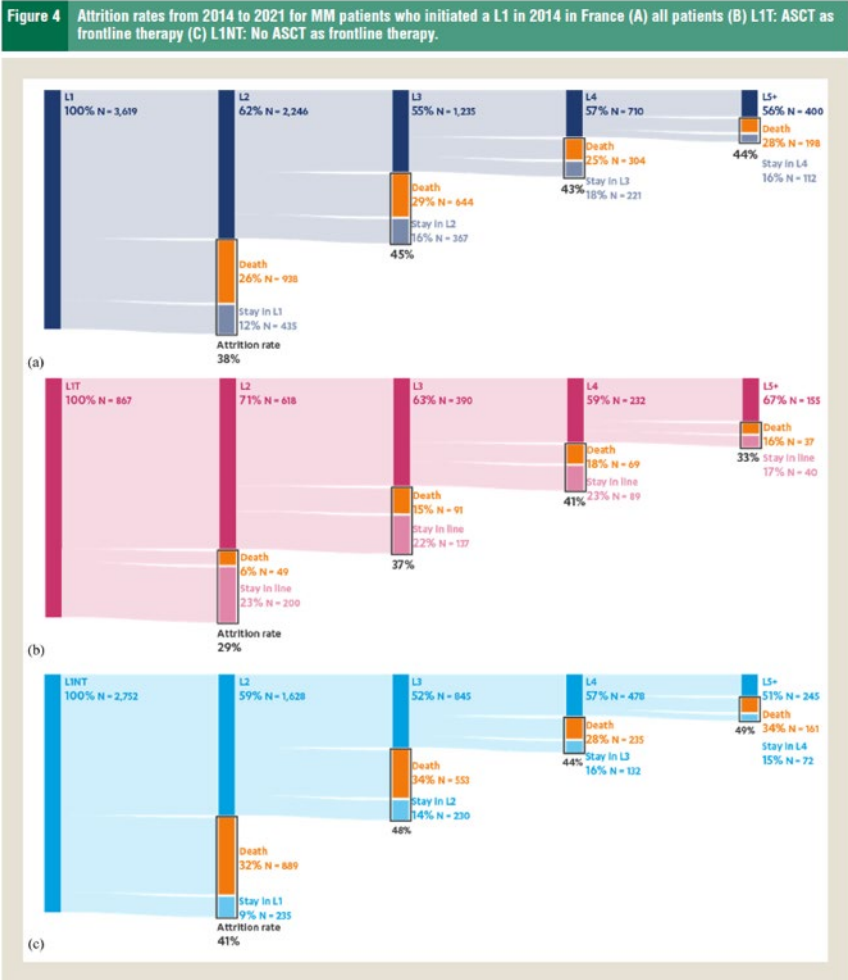


Figura 4 de Perrot A, 2025
Perrot A et al. Survival, years of life lost and attrition rates in multiple myeloma patients in France. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2025 Aug;25(8):606-614.e1.

Los fármacos de nueva generación han mejorado la evolución de líneas subsecuentes de tratamiento¹

Representación esquemática del curso del MM (2013)²

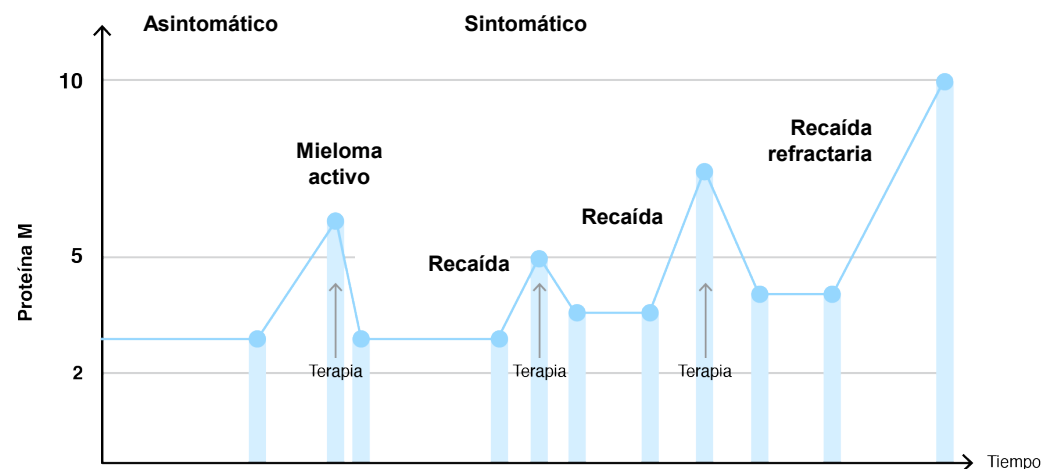


Figura adaptada de Kurtin SE, 2013. Puede [comprobar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

Evolución del MM (2020)³

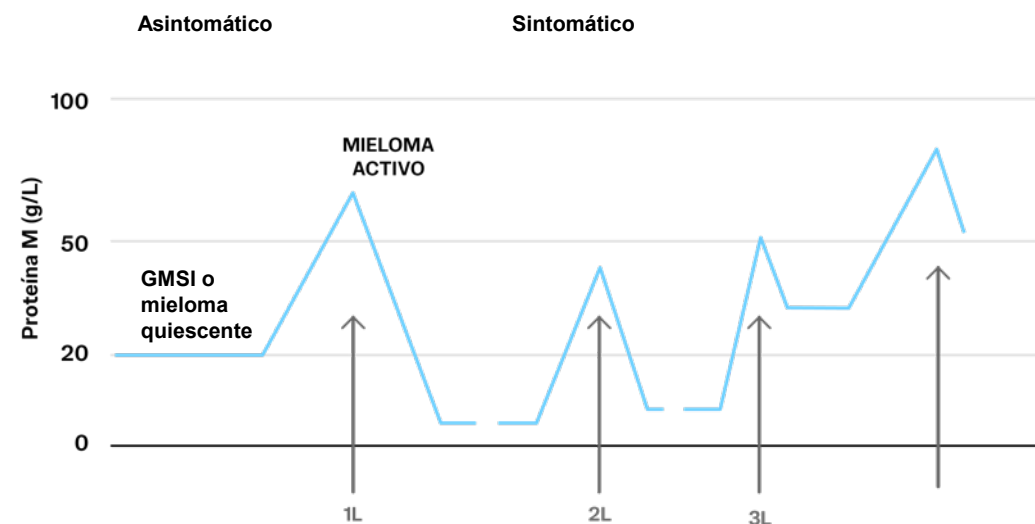


Figura adaptada de Caers J, 2020. Puede [comprobar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

GMSI: gammapatía monoclonal de significado incierto; L: línea de tratamiento; MM: mieloma múltiple.

1. Gulla A, Anderson KC. Multiple myeloma: the (r)evolution of current therapy and a glance into the future. *Haematologica*. 2020;105(10):2358–2367. 2. Kurtin SE. Relapsed or relapsed/refractory multiple myeloma. *J Adv Pract Oncol* 2013;4(Suppl 1):5–14. 3. Caers J et al. The Road to a Cure: Emerging Treatments for Multiple Myeloma. *Cancers* 2020;12:3593.

Johnson & Johnson

ANEXOS

Diapositiva 6 (I)

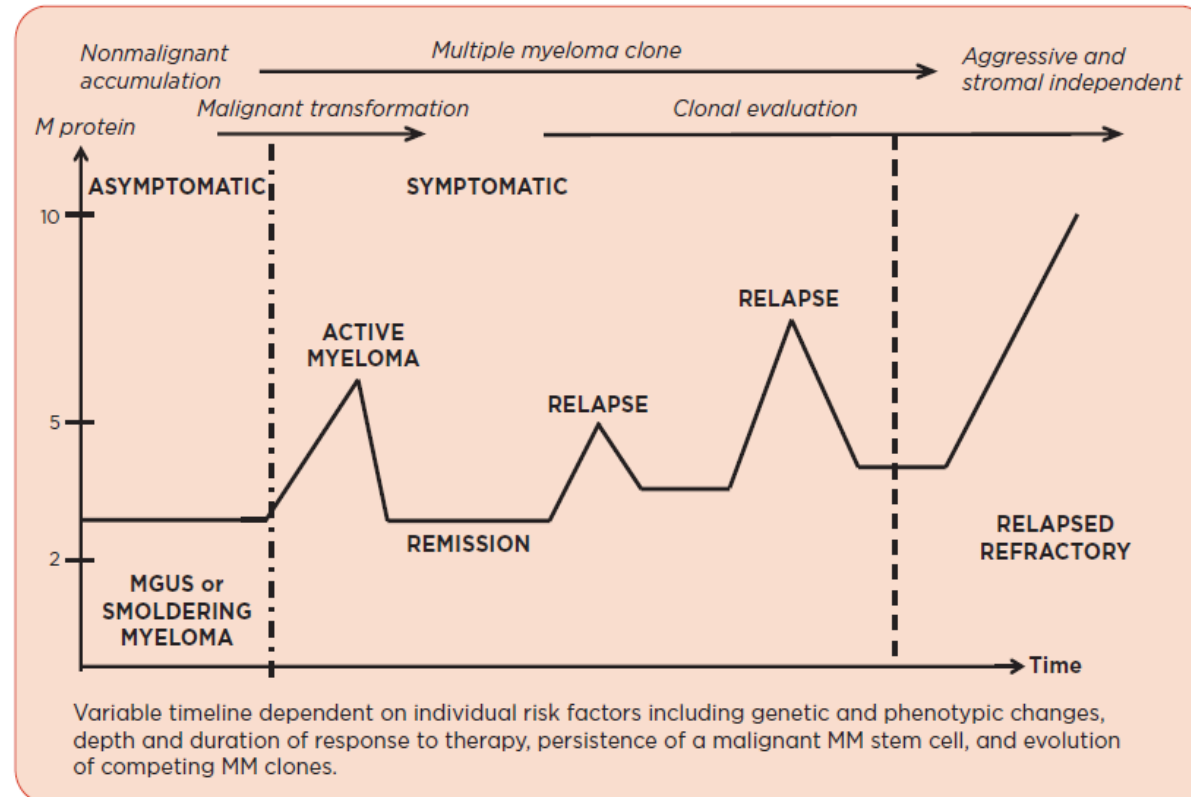


Figure 2. Multiple myeloma disease trajectory characterized by malignant transformation; serial cycles of response, remission, and relapse in the presence of treatment; and clonal evolution with diminished depth and duration of response over time. Information from Agarwal & Ghobrial (2013), Borrello (2012), Durie et al. (2003), Keats et al. (2012).

ANEXOS

Diapositiva 6 (II)

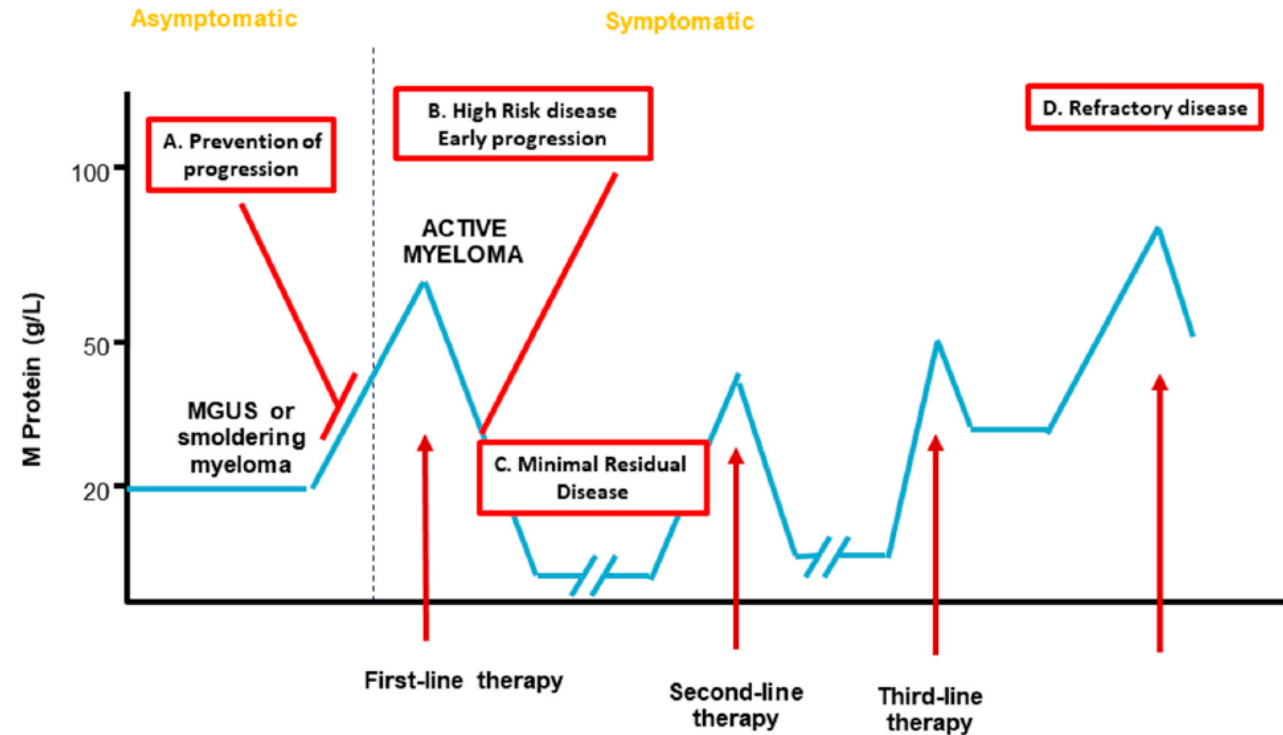


Figure 1. Current points of focus in the research field of multiple myeloma. The evolution of multiple myeloma can be tackled at different moments: (A) we can try to prevent the progression from a precursor disease to symptomatic myeloma, (B) we can better detect and treat high-risk patients, (C) we can try to eliminate the residual myeloma cells that persist after the initial treatment and (D) we should identify new potent treatment options for refractory patients.

Estrategias en MM en el paciente mayor



Características del **paciente**¹



FIT

Intermedio

Frágil



Características del **tratamiento**¹



Eficacia

Tolerabilidad



Objetivos del tratamiento



Máxima erradicación de la clona tumoral, alcanzando la **MEJOR RESPUESTA POSIBLE** con una toxicidad aceptable¹
Alcanzar **EMR-** es un importante predictor de supervivencia²

Representación gráfica basada en Larocca A, et al. 2017.¹

EMR: enfermedad mínima residual.

1. Larocca A, et al. Patient-centered practice in elderly myeloma patients: an overview and consensus from the European Myeloma Network (EMN). Leukemia 2018, 32(8):1697-1712. 2. Lahuerta JJ, et al. Depth of Response in Multiple Myeloma: A Pooled Analysis of Three PETHEMA/GEM Clinical Trials J Clin Oncol. 2017;35:2900-2910.

Johnson & Johnson

más de 20 años[^] juntos frente al Mieloma Múltiple

una **M**eta
co**M**partida



¹Velcade® fue autorizado por la Comisión Europea el 26 abril 2004.

1. EPAR Velcade®. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/velcade>. Último acceso: julio 2026

Johnson & Johnson

CP-586548 - JUNE 2026 JAN 31 2026 JAN 31 2026 JAN 31 2026



Perfil de eficacia y seguridad en >3L*

*Es el primer y único anticuerpo
biespecífico contra el GPRC5D
para el MMRR¹*

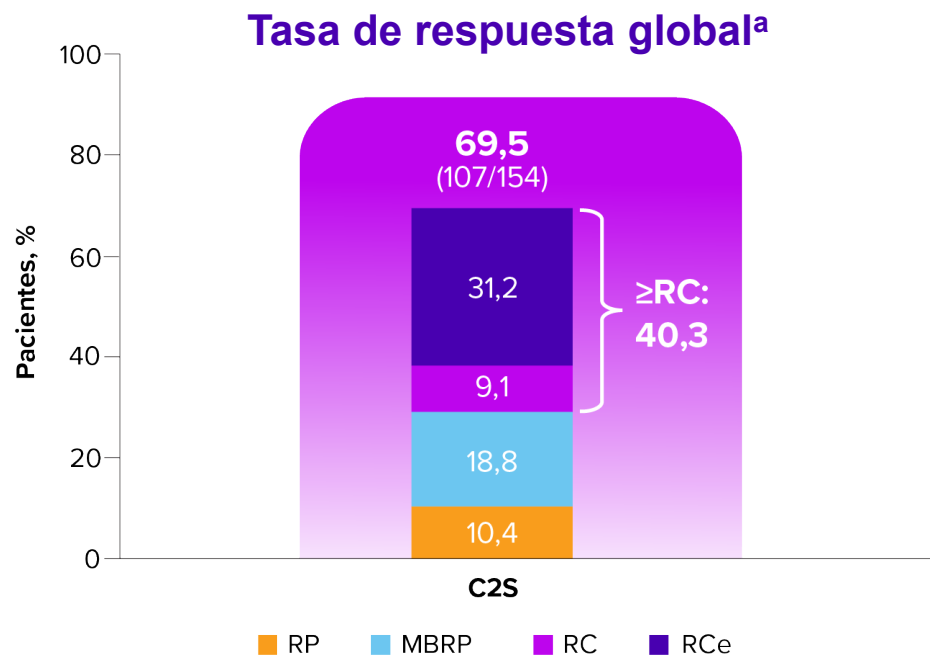
▽ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

*TALVEY[®] está indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractario, que han recibido al menos 3 tratamientos previos, incluyendo un agente inmunomodulador, un inhibidor del proteasoma y un anticuerpo anti-CD38 y han presentado progresión de la enfermedad al último tratamiento.

3L: tercera línea; **GPRC5D**: miembro D del grupo 5 de la familia C del receptor acoplado a proteína G; **MMRR**: mieloma múltiple en recaída y refractario.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print

Los pacientes tratados con TALVEY® C2S alcanzaron elevadas tasas de respuesta y respuestas profundas*1



Representación parcial de la Figura 1 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

Estudio MonumenTAL-1[#]

Se alcanzaron elevadas TRG de **~70%** en la cohorte C2S¹



En la cohorte C2S, el **40,3%** de los pacientes alcanzaron una **≥RC**¹



*Diseño del Estudio MonumenTAL-1 disponible en Rasche L, et al. Blood 2026.¹ [#]MonumenTAL-1 es un estudio de fase 1/2, abierto, multicéntrico, y diseñado para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de Talquetamab en pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída o refractario, previamente tratados con múltiples líneas de terapia. El estudio incluye una fase de escalada y expansión de dosis. Objetivo primario: TRG.^{1,2} ^aDebido al redondeo, las tasas de respuesta individual pueden no sumar la TRG.¹ Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY®: 31,2 meses.¹

C2S: cada dos semanas; **CS:** cada semana; **MBRP:** muy buena respuesta parcial; **RC:** respuesta completa; **RCe:** respuesta completa estricta; **RP:** respuesta parcial; **TRG:** tasa de respuesta global; **TRL:** terapia redireccionadora de linfocitos T.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Safety and activity of talquetamab in patients with relapsed or refractory multiple myeloma (MonumenTAL-1): a multicentre, open-label, phase 1–2 study. Lancet Haematol. 2025;12(4):e269–e281. doi:10.1016/S2352-3026(24)00385-5.

TRG con TALVEY® en las distintas cohortes.¹

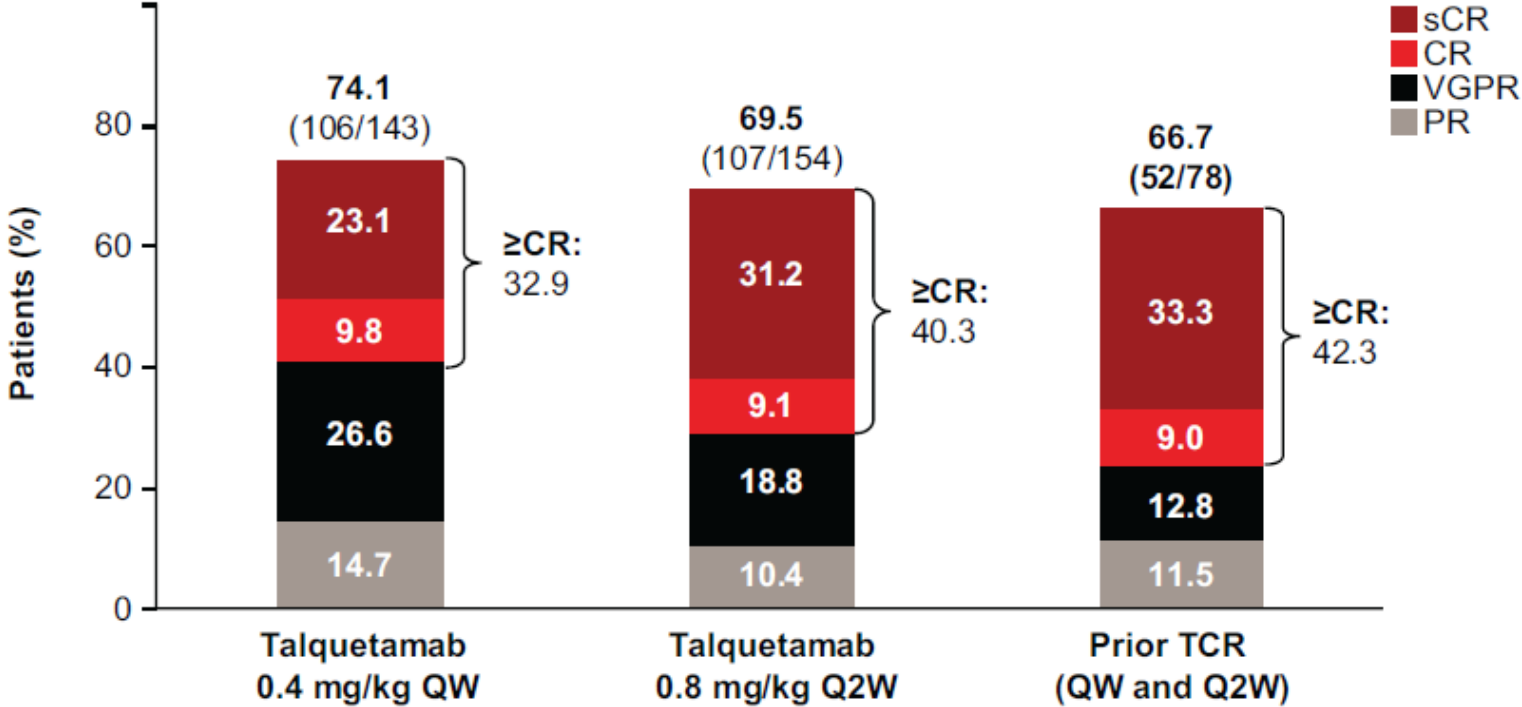


Figura 1 de Rasche L, et al. Blood 2026.

TRG para los pacientes tratados con talquetamab SC en las cohortes 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S, y 604 con TRL previo (CS y C2S) (C)^{a1} ^aDebido al redondeo, las tasas de respuesta individuales pueden no sumar 605 a la tasa de respuesta global.

C2S: cada dos semanas; CR: respuesta completa; CS: cada semana; PR: respuesta parcial; SC: subcutáneo; sCR: respuesta completa estricta; TRG: tasa de respuesta global; TRL: tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

TALVEY® alcanzó respuestas profundas y duraderas¹

• Estudio MonumenTAL-1



Tiempo hasta la primera respuesta



1,3 meses
(0,2-4,9)^{#1}



Tasa de ≥RC



40,3%¹



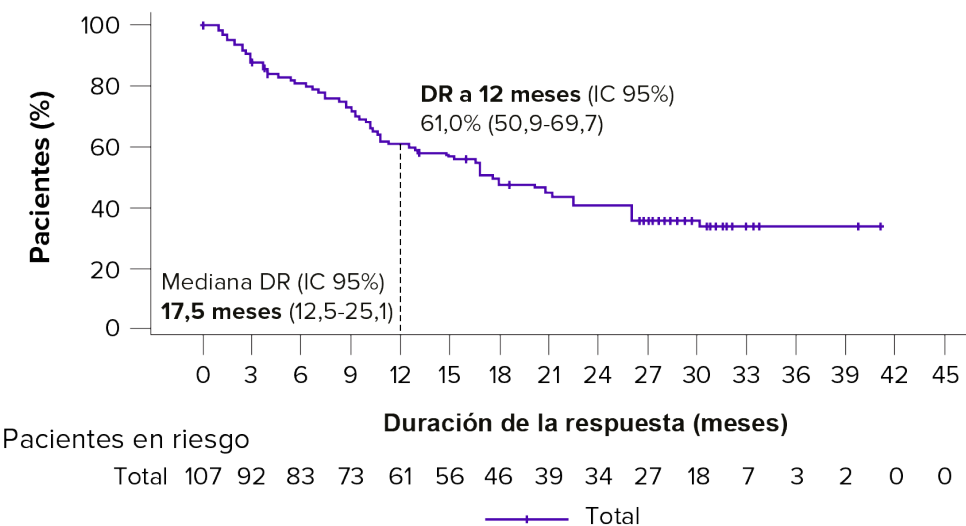
Mediana de DR



17,5 meses
(12,5-25,1)¹

Duración de la respuesta con TALVEY® 0,8 mg/kg C2S^{†2}

B



Gráfica B de la Figura 2 de Rasche L, et al. Blood 2026.² Puede [comprobar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

[#]Con una mediana de seguimiento de 31,2 meses para la cohorte tratada con TALVEY® C2S, la mediana de tiempo hasta la primera respuesta (intervalo) fue de 1,3 (0,2-4,9) meses.¹ Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY® C2S: 31,2 meses.¹

C2S: cada dos semanas; **DR:** duración de la respuesta; **IC:** intervalo de confianza; **RC:** respuesta completa.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 5

Duración de la respuesta a TALVEY® en las distintas cohortes.¹

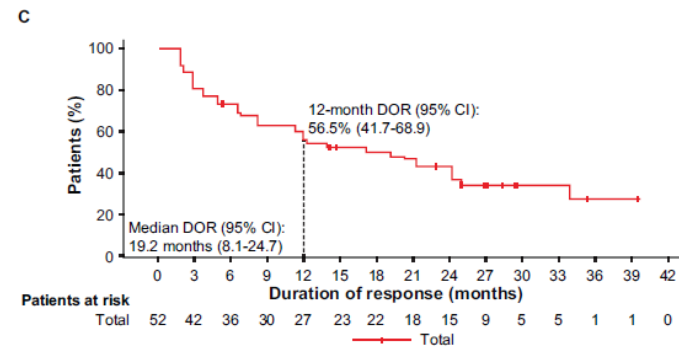
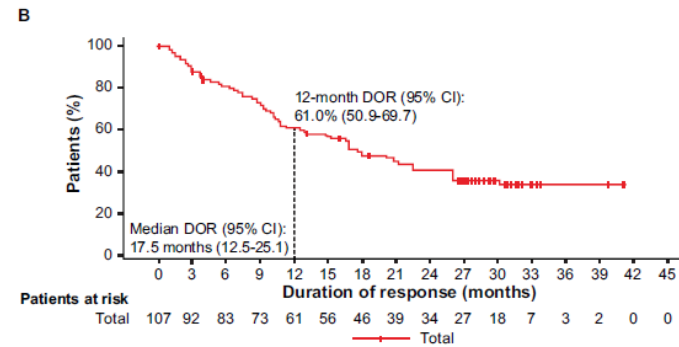
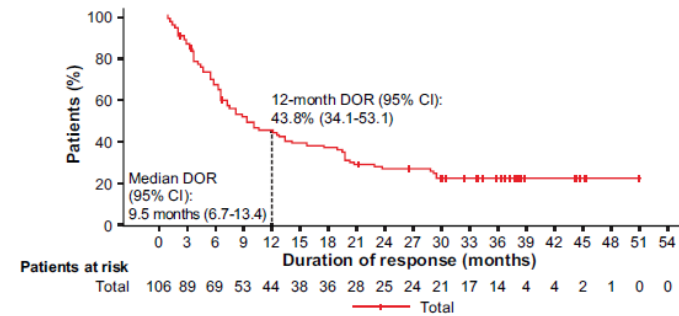


Figura 2 de Rasche L, et al. Blood 2026.

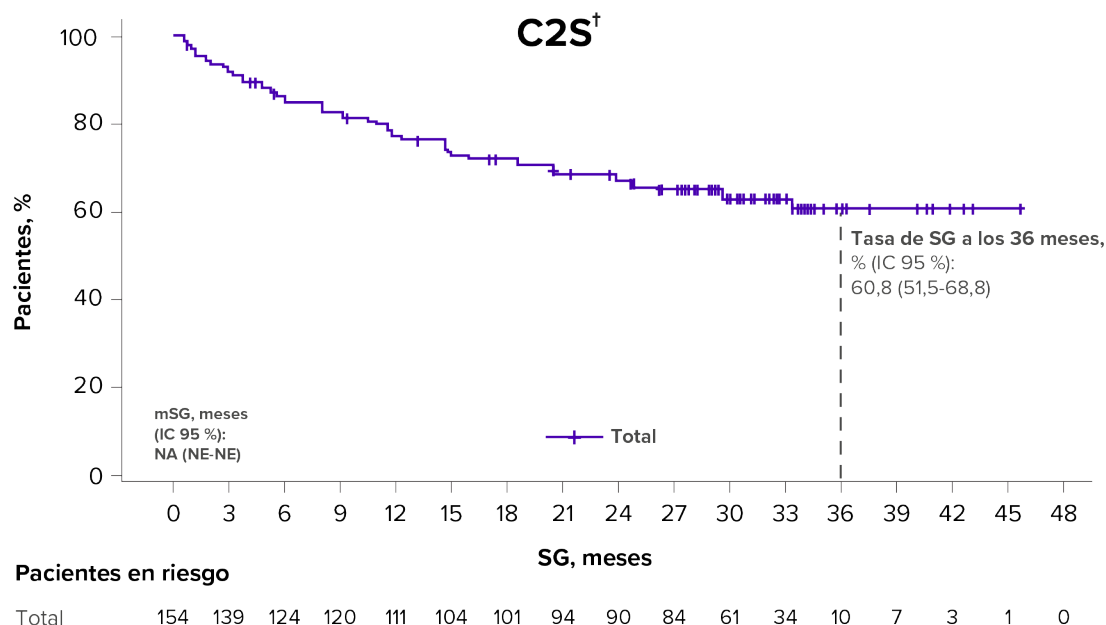
DR para los pacientes tratados con talquetamab SC en las cohortes 0,4 mg/kg CS (A), 0,8 mg/kg C2S (B), y con TRL previo (CS y C2S) (C)¹

C2S: cada dos semanas; **CI:** intervalo de confianza; **CS:** cada semana; **DR=DOR:** duración de la respuesta; **SC:** subcutáneo; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

A los 3 años, ≈3 de cada 5 pacientes tratados con TALVEY[®] C2S seguían vivos*¹

Supervivencia global con TALVEY[®] C2S[†]



Gráfica B de la Figura 4 de Rasche L, et al. Blood 2026.¹ Puede [comprobar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

Estudio MonumenTAL-1

*Dato calculado de: $3/5 = 0,6$; $0,6 \times 100 = 60\%$. La Tasa de SG a los 36 meses fue de 60,8% (IC 95% 51,5-68,8).[†] Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.[‡] Dato calculado de: 36 meses / 12 meses = 3 años.¹

C2S: cada dos semanas; **IC:** intervalo de confianza; **mSG:** mediana de supervivencia global; **NA:** no alcanzada; **NE:** no estimable; **SG:** supervivencia global.

¹ Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 7

SG con TALVEY® en las distintas cohortes.¹

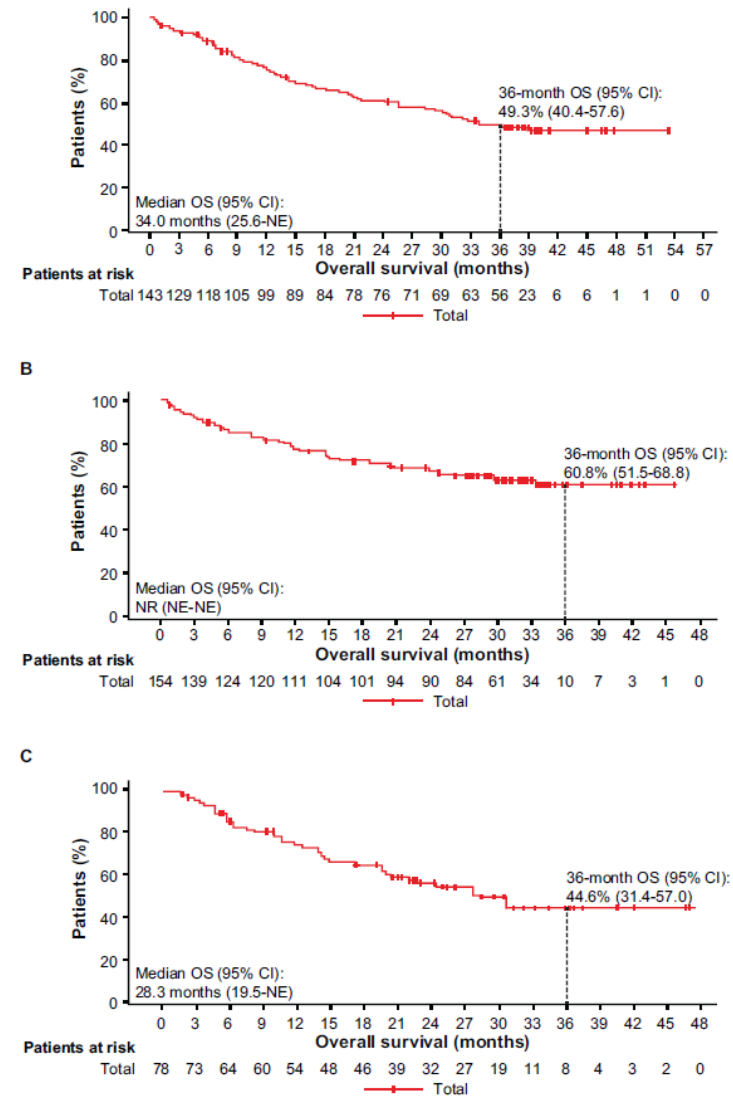


Figura 4 de Rasche L, et al. Blood 2026.

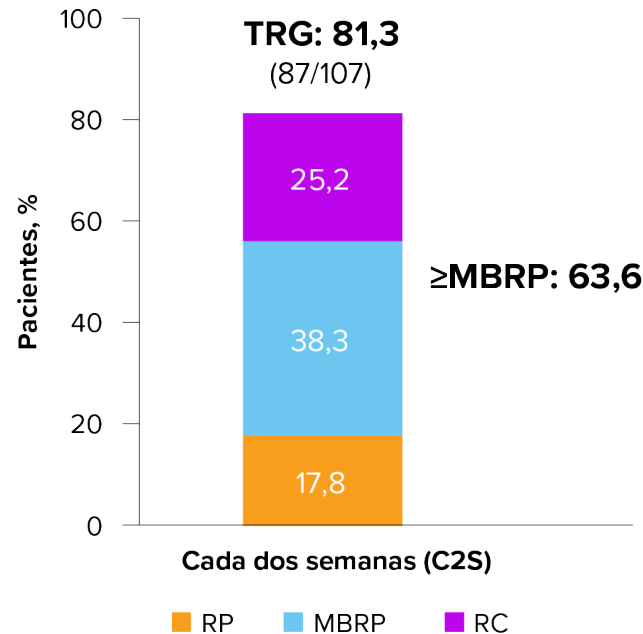
SG para los pacientes tratados con talquetamab SC en las cohortes 0,4 mg/kg CS (A), 0,8 mg/kg C2S (B), y con TRL previo (CS y C2S) (C)¹

C2S: cada dos semanas; **CI:** intervalo de confianza; **CS:** cada semana; **NE:** no estimable; **NR:** no alcanzado; **SC:** subcutáneo; **SG=OS:** supervivencia global; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

¿Los pacientes tratados en la práctica clínica real obtuvieron beneficios coherentes con los incluidos en MonumenTAL-1?

TRG y tasas de mejores respuestas¹



Representación parcial de la Figura 1 de Rodríguez-Otero P, et al. Poster PA-033 presentado en IMS 2025. Puede [consultar la figura completa](#) en el anexo de esta presentación

Estudio BiTAL^{#1}

En la cohorte que recibió TALVEY[®] C2S:
>8/10 pacientes respondieron al tratamiento^{^1}

TRG

Casi 2/3 alcanzaron una **≥MBRP^{^*1}**

≥MBRP

≈1/4 lograron una ≥RC^{^\$1}

≥RC

[#]Este estudio retrospectivo, no intervencionista se está llevando a cabo actualmente en 64 centros de España, según los datos disponibles hasta la fecha. Los datos presentados se extrajeron de los historiales médicos de los pacientes durante el periodo de revisión de las historias clínicas, que abarcó desde septiembre de 2024 hasta marzo de 2025. Se incluyeron en el estudio pacientes adultos (≥18 años) diagnosticados con MMRR TCE que habían iniciado el tratamiento con TALVEY[®] en monoterapia (al menos una dosis) fuera de ensayos clínicos a través de PAA en España y que habían recibido la primera dosis de TALVEY[®] en monoterapia al menos 30 días antes del inicio del estudio, tras firmar, en el caso de los pacientes vivos, un formulario de consentimiento informado (ICF). Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,8 meses (0,2-26,2).¹ [^]La TRG para la cohorte C2S fue del 81,3% y un 63,2% alcanzó una ≥MBRP, con un 25,2% mostrando una ≥RC.¹ Para mayor información acerca de la TRG en población global [consultar la figura 1](#) de Rodríguez-Otero P, et al. Poster PA-033 presentado en IMS 2025. ^{*}63,2% ≈ 2/3 (2÷3 = 0,667; 0,667 × 100 = 66,7%).¹ ^{\$} ≈ 25,2% ≈ 1/4 (1÷4 = 0,25; 0,25 × 100 = 25,0%).¹

C2S: cada dos semanas.

1. Rodríguez-Otero P, et al. Reshaping Treatments: Insights from the BiTAL Study on Talquetamab in Relapsed Refractory Multiple Myeloma. Póster PA-033 presentado en 22nd Annual Meeting & Exposition International Myeloma Society; 17-20 septiembre 2025; Toronto, Canadá.

TALVEY[®] C2S tiene un perfil de seguridad manejable^{^1}

EAs asociados a GPRC5D

EAs orales²

- Boca seca²
- Disgeusia²
- Disfagia²

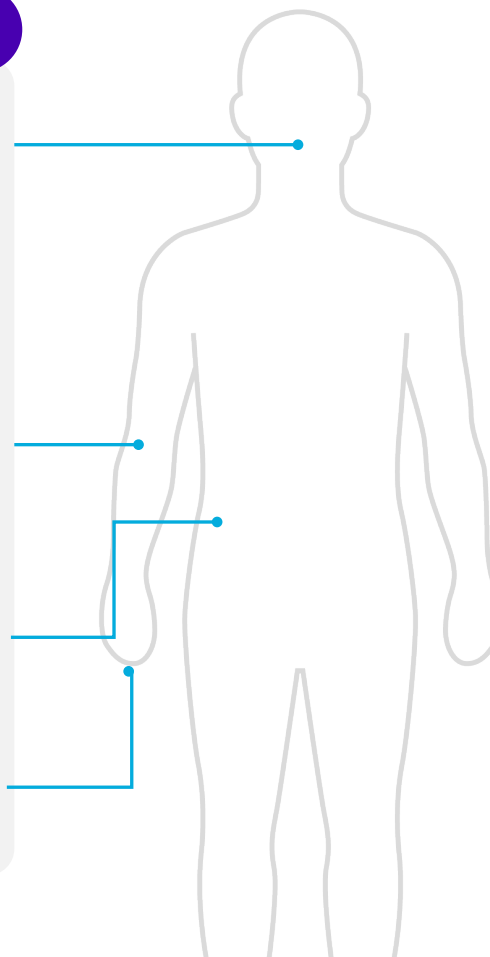
EAs relacionados con la piel²

- Eruptivos²
- No eruptivos²

Disminución de peso²

EAs relacionados con la uñas²

- SLC²
- ICANS²
- Infecciones²

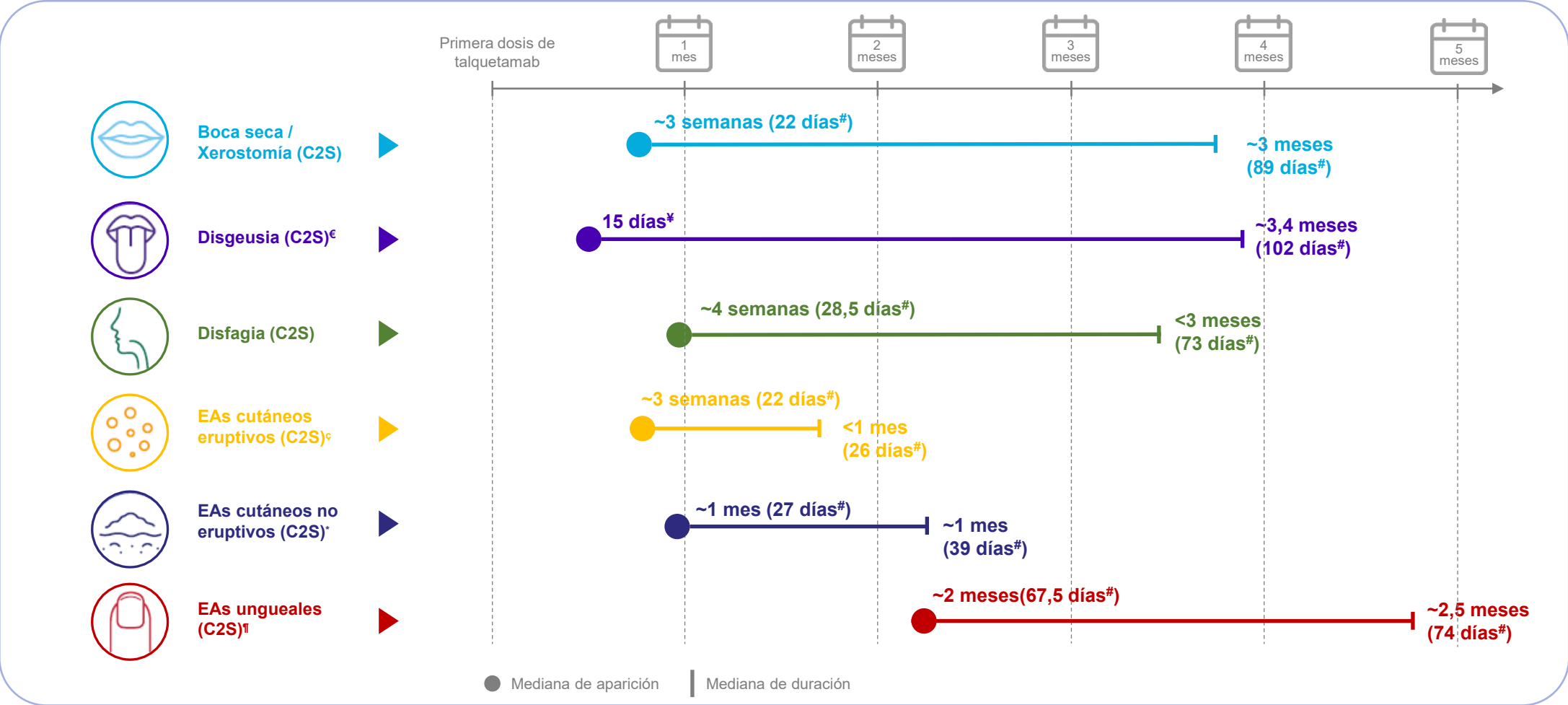


[^]Se describen los EAs incluidos en Chari A, et al. Clinical lymphoma, Myeloma & Leuk. 2024. Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **GPRC5D:** receptor acoplado a proteínas G de la familia C, grupo 5 y miembro D; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas.

1. Chari A, et al. Managing side effects of talquetamab for relapsed/refractory multiple myeloma in MonumenTAL-1: a plain language summary. Future Oncol. 2025;21(23):2969-2984. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024; 24(10):665-693.e14. 3. Rasche L et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994.

Efectos adversos asociados a GPRC5D: mediana de tiempo de aparición^a y duración^b (C2S):¹



^aMediana del tiempo hasta la aparición de los síntomas se ha calculado en relación con la dosis más reciente recibida. No se dispone de los rangos para cohorte C2S. ^bLa mediana de la duración se basa en los casos para los que se dispone tanto de la fecha y hora de inicio como de las de finalización. No se dispone de los rangos para cohorte C2S. [€]Incluye: disgeusia, ageusia, hipogeusia, y trastornos generales del gusto. [•]Incluye: erupción cutánea, erupción maculopapular, erupción eritematosa y eritema. [¶]Incluye: descamación cutánea, sequedad de la piel, prurito y síndrome de eritrodiseptesia palmoplantar. ¹Incluyendo decoloración de las uñas, trastorno ungueal, onicolisis, onicomadesis, onicoclasia, distrofia ungueal, toxicidad ungueal y estriación de las uñas. ¹Algunos pacientes experimentaron disgeusia poco después de la administración de TALVEY[®], incluso el primer día o un día después del inicio de la administración escalonada. ¹[#]Datos extraídos de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.¹

C2S: cada dos semanas; EAs: efectos adversos; GPRC5D: receptor acoplado a proteínas G de la familia C, grupo 5 y miembro D.

1. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10): 665-693.e14.

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

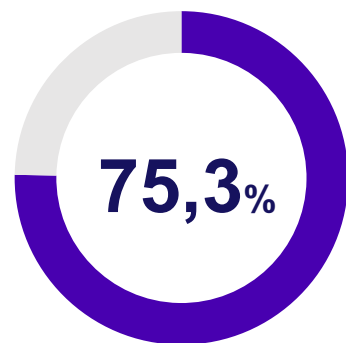
CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

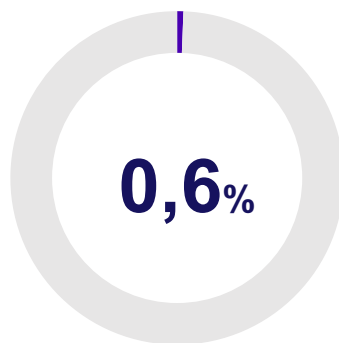
EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS ^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

Efectos adversos

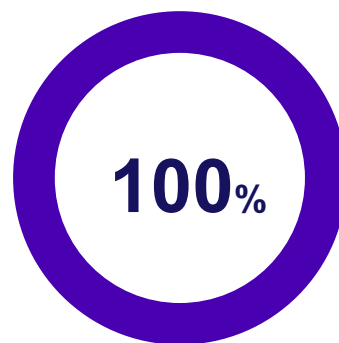
SLC (C2S)



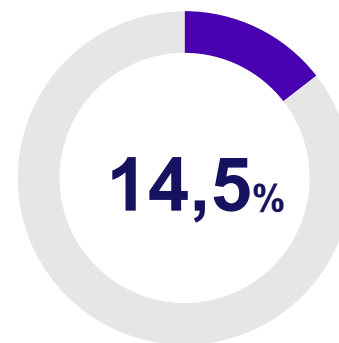
Incidencia de cualquier grado con TALVEY[®] C2S*¹



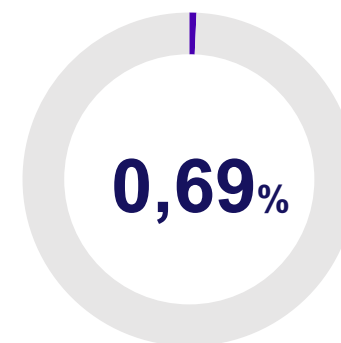
Incidencia grado 3/4 con TALVEY[®] C2S*¹



Resueltos*²



Modificaron la dosis*²



Discontinuaron el tratamiento*²

*Dato extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede consultar [la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento de la cohorte TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses. Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 21 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] C2S tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de efectos adversos relacionados con el síndrome de liberación de citoquinas.² 1 paciente discontinuó el tratamiento con TALVEY[®] C2S del total de 145 pacientes de esta cohorte. Dato calculado: $(1 \times 100) / 145 = 0,69\%$. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 14 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 14 (II)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumentAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

Diapositiva 14 (III)

Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.

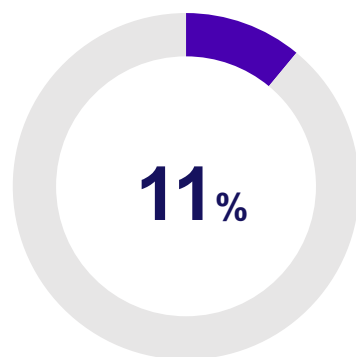
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

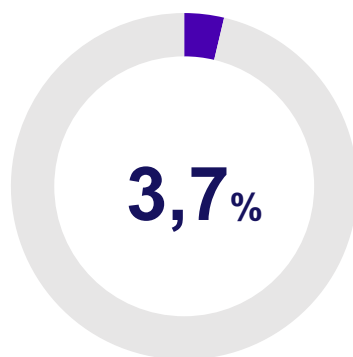
EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

Efectos adversos

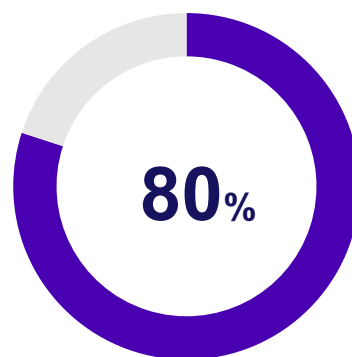
ICANS (C2S)[£]



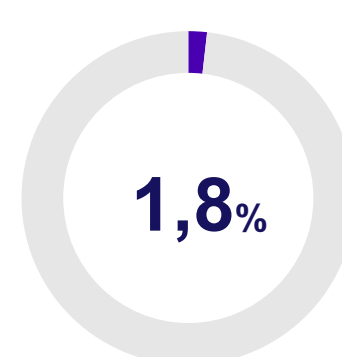
Incidencia con TALVEY[®]
C2S^{†1}



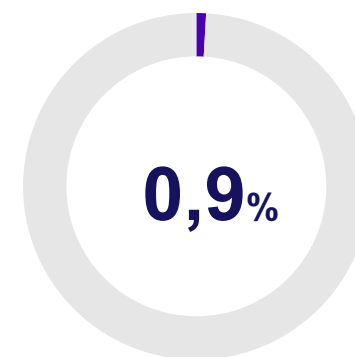
Incidencia ICANS grave con
TALVEY[®] C2S^{†1}



Resueltos^{‡1}



Modificaron la dosis^{\$1}



Discontinuaron el
tratamiento^{Δ1}

[£]ICANS se notificó únicamente en la fase 2 del estudio MonumentAL-1.[†] Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.[‡] Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.^{\$} Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 2 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de efectos adversos asociados a ICANS. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.^Δ Calculado de 1 paciente que discontinuó el tratamiento con TALVEY[®] C2S del total de 109 pacientes tratados con esta dosis. Dato calculado: $(1 \times 100) / 109 = 0,9\%$.¹ Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.¹ Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras;

1. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14

ANEXOS

Diapositiva 18 (I)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumentAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

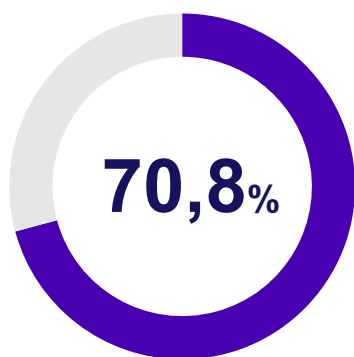
Diapositiva 18 (II)

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

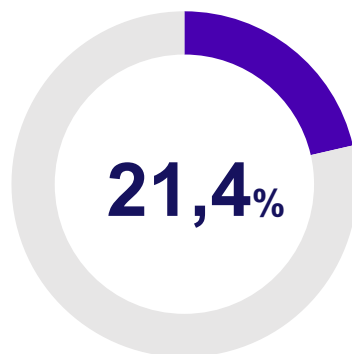
Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.
Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

Efectos adversos

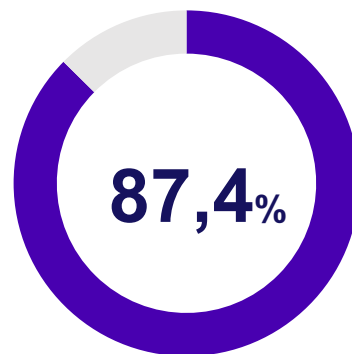
Infecciones (C2S)



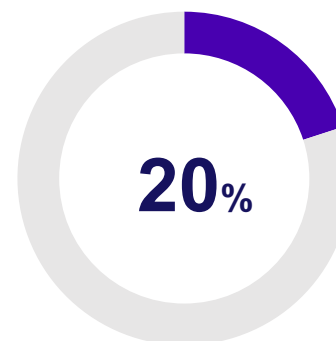
Incidencia infecciones cualquier grado con TALVEY[®] C2S*¹



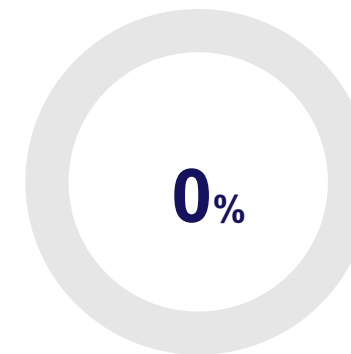
Infecciones grado 3/4*¹



Resueltos*²



Modificaron la dosis*²



Discontinuaciones debidas a infecciones*³

*Dato extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede consultar [la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento de la cohorte TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 29 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de infecciones. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Dato extraído de la Tabla 1 de Schinke C, et al. Blood Adv 2025. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12, 7 meses.³ Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14. 3. Schinke C, et al. Infections and parameters of humoral immunity with talquetamab in relapsed/refractory multiple myeloma in MonumenTAL-1. Blood Adv. 2025 Nov 25;9(22):5752-5762.

ANEXOS

Diapositiva 21 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 21 (II)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

Diapositiva 21 (III)

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.
Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 21 (IV)

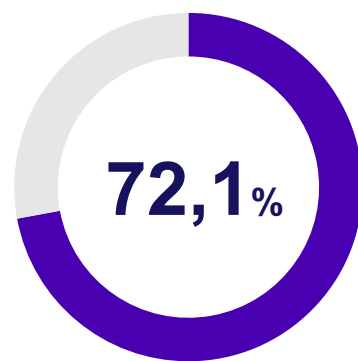
•Resumen de eventos infecciosos y citopenias

	0,4 mg/kg CS (n = 143)	0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Infecciones, n (%)			
Cualquier grado	84 (58,7)	96 (66,2)	37 (72,5)
Grado 3/4	31 (21,7)	23 (15,9)	14 (27,5)
Condujeron a la muerte	3 (2,1)	2 (1,4)	0
Condujeron a discontinuación	2 (1,4)	0	1 (2,0)
Condujeron a una interrupción de dosis	45 (31,5)	49 (33,8)	19 (37,3)
Neutropenia, n (%)			
Cualquier grado	50 (35,0)	41 (28,3)	28 (54,9)
Neutropenia grado 3/4	44 (30,8)	32 (22,1)	27 (52,9)
Cualquier infección + neutropenia grado 3/4 concomitante	11 (7,7)	3 (2,1)	9 (17,6)
Infección grado 3/4 + neutropenia grado 3/4 concomitante	4 (2,8)	1 (0,7)	1 (2,0)
Anemia, n (%)			
Cualquier grado	64 (44,8)	66 (45,5)	25 (49,0)
Grado 3/4	45 (31,5)*	40 (27,6)*	14 (27,5)*
Linfopenia, n (%)			
Cualquier grado	40 (28,0)	42 (29,0)	9 (17,6)
Grado 3/4	37 (25,9)	39 (26,9)	7 (13,7)
Trombocitopenia, n (%)			
Cualquier grado	39 (27,3)	43 (29,7)	19 (37,3)
Grado 3/4	29 (20,3)	27 (18,6)	15 (29,4)
Leucopenia, n (%)			
Cualquier grado	23 (16,1)	27 (18,6)	12 (23,5)
Grado 3/4	11 (7,7)	18 (12,4)	9 (17,6)

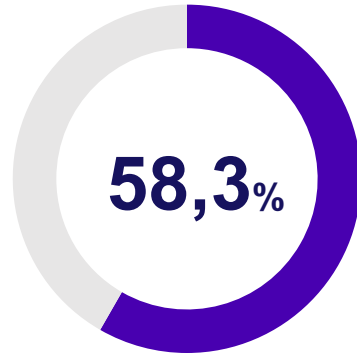
Tabla 1 de Schincke C, et al. Blood Adv. 2025.
Los porcentajes se han calculado con el número de pacientes en el conjunto de todos los pacientes tratados en cada cohorte como denominador. *Solo grado 3. Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY® consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.
CS: cada semana; **C2S:** cada dos semanas; **TRL:**tratamiento redireccionador de linfocitos T.
Schicke C, et al. Infections and parameters of humoral immunity with talquetamab in relapsed/refractory multiple myeloma in MonumenTAL-1. Blood Advances. 2025; 25;9(22):5752-5762..

Efectos adversos orales

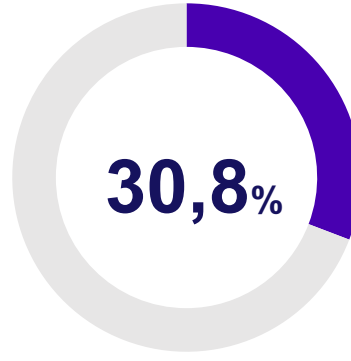
Disgeusia (C2S)^{\$}



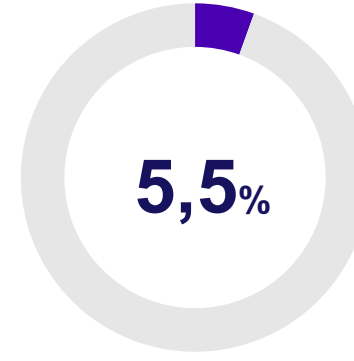
Incidencia con TALVEY®
C2S*1



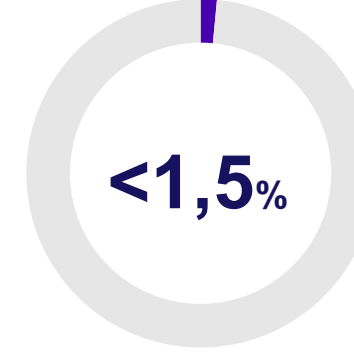
En la **mayoría** de los casos
fue de grado 1†2



Resueltos‡2



Modificaron la dosis§2



Discontinuaron el
tratamiento¶2

^{\$}Incluye disgeusia, ageusia, hipogeusia, y trastornos generales del gusto.² *Extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY®: 31,2 meses.

[†]Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY®:12,7 meses.² [‡]Resolución total o parcial de algunos eventos, definida como una reducción de la gravedad de grado 2 a grado 1. Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY®:12,7 meses.² [§]Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción: 8 pacientes tratados con la dosis de TALVEY® CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de la disgeusia. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY®:12,7 meses.² [¶]2 pacientes discontinuaron el tratamiento con TALVEY® C2S del total de 145 pacientes de esta cohorte. Dato calculado: (2x100)/145= 1,38%. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY®:12,7 meses.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY® consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 26 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS ^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

Diapositiva 26 (III)

Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.

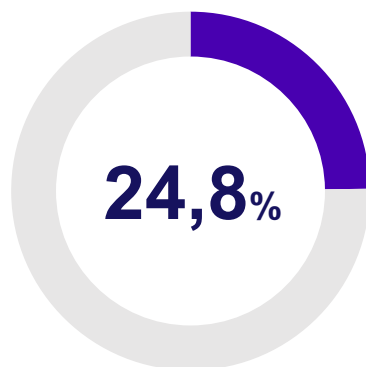
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

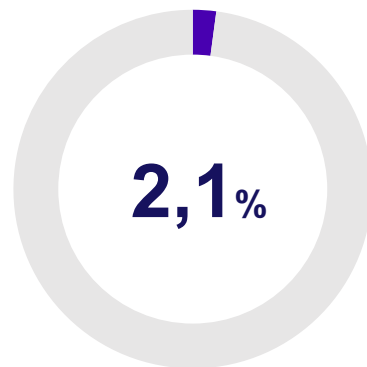
EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

Efectos adversos orales

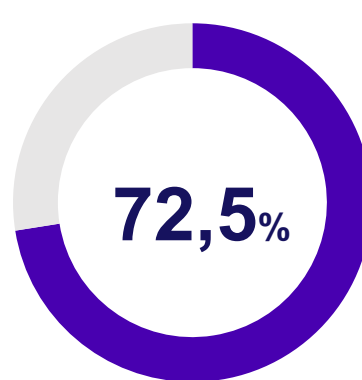
Disfagia (C2S)



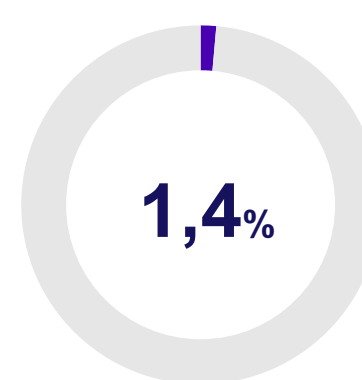
Incidencia grado 1/2 con
TALVEY[®] C2S^{†1}



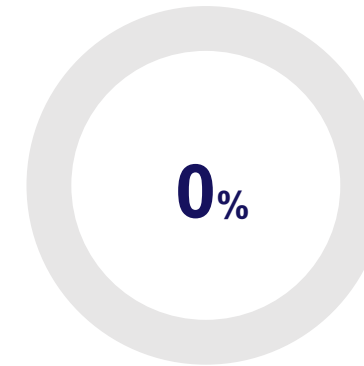
Incidencia de disfagia **grado 3**
con TALVEY[®] C2S^{†1}



Resueltos^{Δ1}



Modificaron la dosis^{\$1}



**Discontinuaron el
tratamiento**^{¶1}

[†]Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.¹ ^ΔDato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación.¹

^{\$}Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción 2 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de la disfagia. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.¹ [¶]Ningún paciente discontinuó el tratamiento con TALVEY[®] C2S. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.¹ Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas.

¹. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS ^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

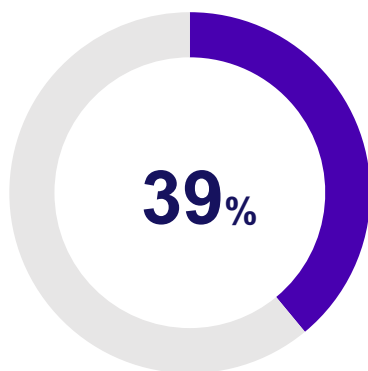
Diapositiva 33 (II)

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

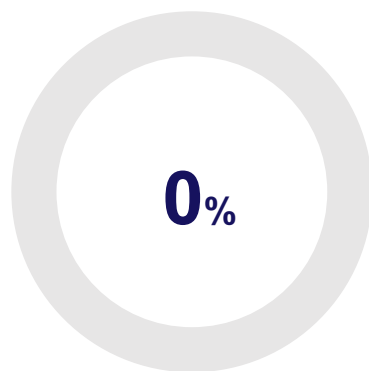
Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.
Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

Efectos adversos orales

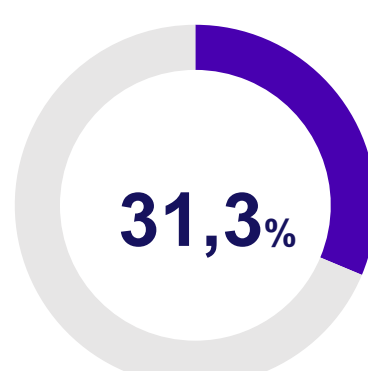
Boca seca / xerostomía (C2S)



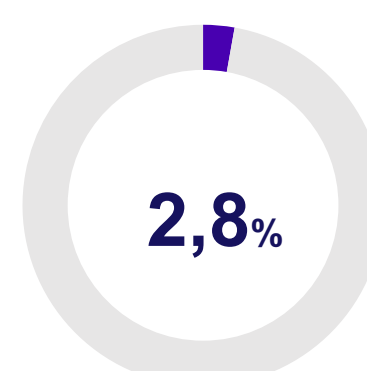
Incidencia grado 1/2 con
TALVEY[®] C2S^{£1}



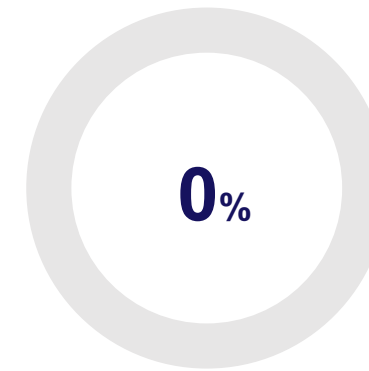
Incidencia grado 3/4 con
TALVEY[®] C2S^{£1}



Resueltos^{Δ2}



Modificaron la dosis^{\$2}



Discontinuaron el
tratamiento^{¶2}

[£]Dato extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ ^ΔDato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² ^{\$}Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción 4 pacientes con la dosis quincenal de TALVEY[®] tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de la sequedad de la boca/xerostomía. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² [¶]Ningún paciente discontinuó el tratamiento con TALVEY[®] C2S. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar las secciones 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica. C2S: cada dos semanas.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 33 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 33 (II)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

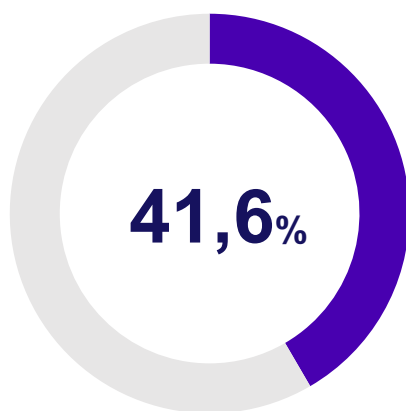
Diapositiva 33 (III)

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

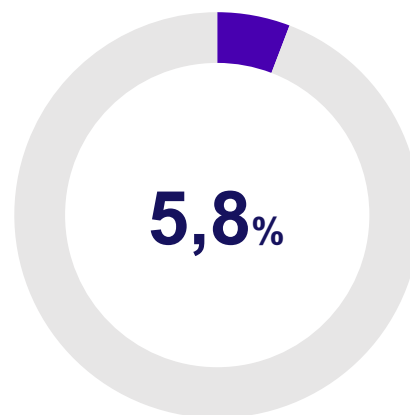
Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.
Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

Efectos adversos

Pérdida de peso (C2S)



Incidencia cualquier grado con TALVEY[®] C2S^{#1}



Incidencia grado 3/4 con TALVEY[®] C2S^{#1}

Se observó una **pérdida de peso media inicial** en los pacientes antes de que se estabilizara y mejorara; los pacientes con un IMC “saludable”^{*} al inicio del estudio que continuaron con el tratamiento recuperaron su peso inicial con el paso del tiempo²

[#]Dato extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ *Las categorías de IMC se definieron como: peso saludable (18,5 a <25), sobrepeso (25 a <30) y obesidad (≥30). El IMC se calculó como el peso corporal del paciente (en kg) dividido por la altura del paciente al cuadrado (en metros).² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar sección 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas; **IMC:** índice de masa corporal

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Rasche L, et al. Efficacy and Safety From the Phase 1/2 MonumenTAL-1 Study of Talquetamab, a GPRC5D×CD3 Bispecific Antibody, in Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma:Analyses at an Extended Median Follow-Up. Poster P96 presentado en American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting; 30 mayo-3 junio, 2025; Chicago, IL, EE.UU & Virtual.

ANEXOS

Diapositiva 37 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

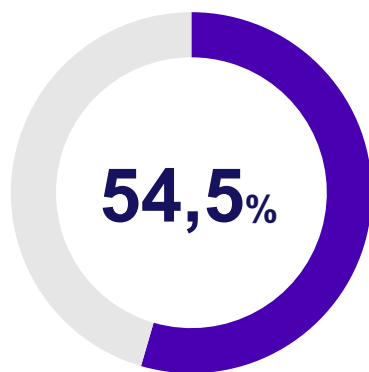
^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

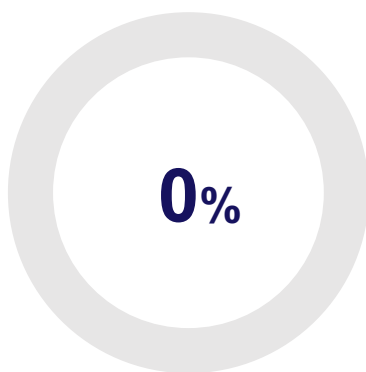
Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

Efectos adversos

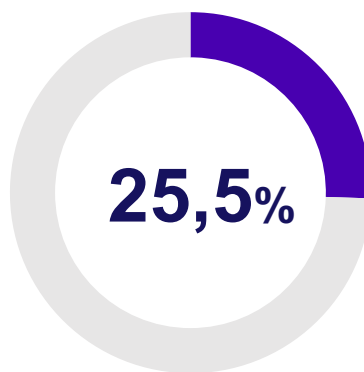
EAs ungueales (C2S)^{\$}



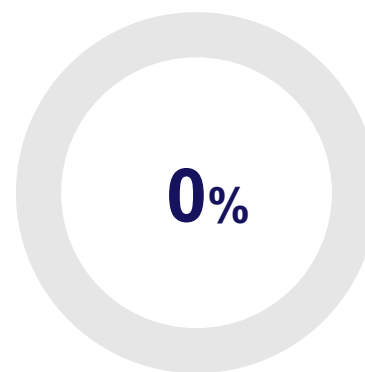
Incidencia cualquier
grado con TALVEY[®]
C2S^{#1}



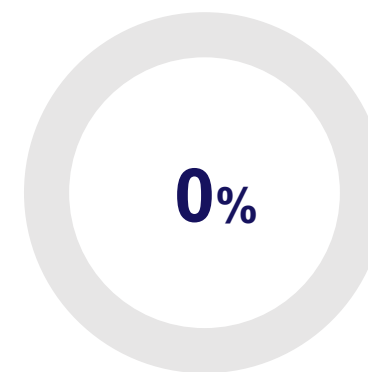
Incidencia grado
3/4 con TALVEY[®]
C2S^{#1}



Resueltos^{‡2}



Modificaron la
dosis^{^2}



Discontinuaron
el tratamiento^{Ω2}

^{\$}Incluyendo decoloración de las uñas, trastorno ungüeal, onicolisis, onicomadesis, onicoclasia, distrofia ungüeal, toxicidad ungüeal y estriación de las uñas.¹ [#]Dato extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ [‡]Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² [^]Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 0 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de efectos adversos ungueales. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² ^ΩNingún paciente tratado con la dosis quincenal de TALVEY[®] discontinuó el tratamiento debido a eventos adversos ungueales.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar sección 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas; EAs: efectos adversos; IMC: índice de masa corporal

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 39 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 39 (II)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

Diapositiva 39 (III)

Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.

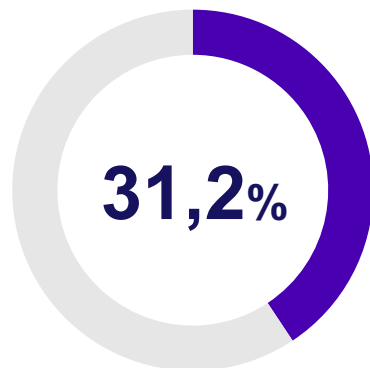
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

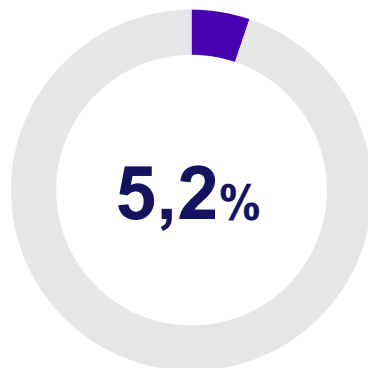
EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

Efectos adversos relacionados con la piel

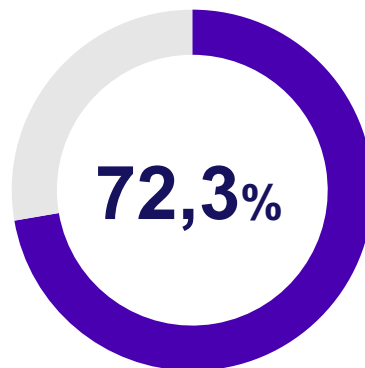
Eventos adversos cutáneos eruptivos (C2S)^{\$}



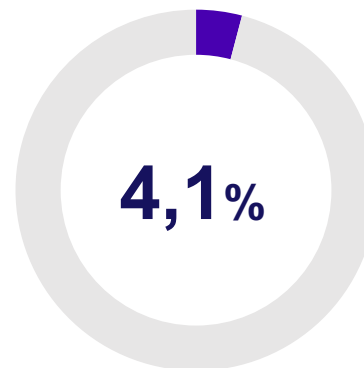
Incidencia cualquier grado con TALVEY[®] C2S^{*1}



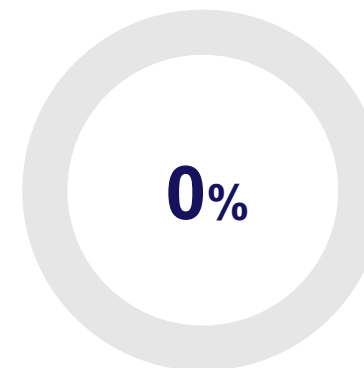
Incidencia grado 3/4 con TALVEY[®] C2S^{*1}



Resueltos^{‡2}



Modificaron la dosis^{^2}



Discontinuaron el tratamiento^{Q2}

^{\$}Incluye: erupción cutánea, erupción maculopapular, erupción eritematosa y eritema.¹ ^{*Extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY[®] C2S: 31,2 meses.¹ ^{‡26 días. Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia 2024.² Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. [^]Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 6 pacientes tratados con la dosis de TALVEY[®] CS2 experimentaron efectos cutáneos eruptivos que precisaron un ajuste de dosis. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY[®]: 12,7 meses.² ^QNingún paciente tratado con la dosis quincenal de TALVEY[®] discontinuó el tratamiento debido a eventos adversos cutáneos eruptivos. Mediana de seguimiento: 12,7 meses.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®] consultar sección 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica}}

C2S: cada dos semanas.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 46 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS ^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

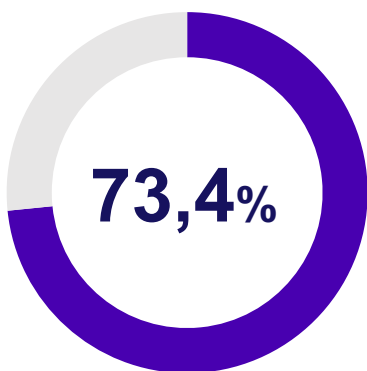
Diapositiva 46 (III)

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

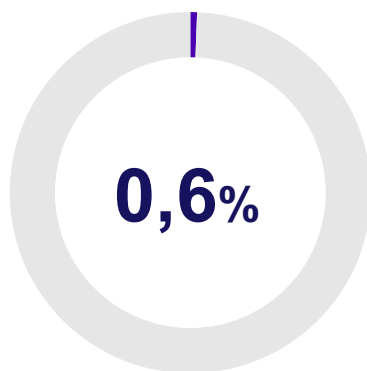
Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.
^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.
Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EAs relacionados con la piel

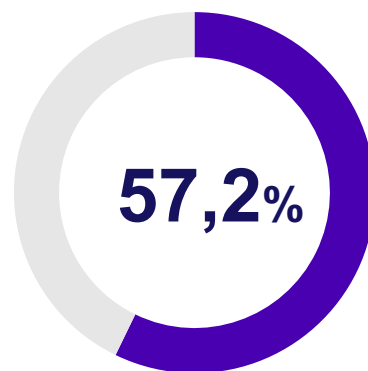
Eventos adversos cutáneos
no eruptivos (C2S)[‡]



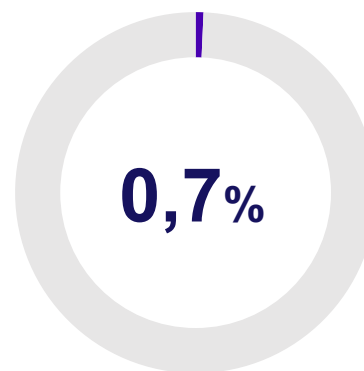
Incidencia cualquier
grado con TALVEY®
C2S*1



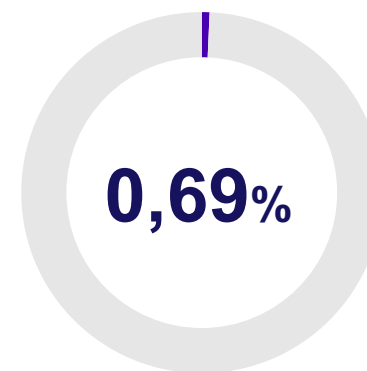
Incidencia **grado 3**
con TALVEY® C2S*1



Resueltos^{‡2}



Modificaron la
dosis^{^2}



Discontinuaron el
tratamiento^{¶1}

[‡]Incluye: descamación cutánea, sequedad de la piel, prurito y síndrome de eritrodismestesia palmoplantar.¹ ^{*}Extraído de la Tabla 2 de Rasche L, et al. Blood 2026. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte tratada con TALVEY® C2S: 31,2 meses.¹ ^{‡39} días. Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY®: 12,7 meses.² Dato extraído de la Tabla 2 de Chari A, et al. Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia 2024.² Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. [^]Ajuste de dosis: retraso, pérdida, reducción. 1 paciente tratado con la dosis de TALVEY® CS2 tuvieron que modificar la dosis a consecuencia de efectos adversos cutáneos no eruptivos. Dato extraído de la Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024. Puede [consultar la tabla completa](#) en el anexo de esta presentación. Mediana de seguimiento para la cohorte quincenal de TALVEY®: 12,7 meses.² ^{¶1} paciente tratado con la dosis quincenal de TALVEY® discontinuó el tratamiento del total de 145 pacientes de la cohorte. Dato calculado: $(1 \times 100) / 145 = 0,69\%$. Mediana de seguimiento de la cohorte quincenal de TALVEY®: 12,7 meses.² Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY® consultar sección 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

C2S: cada dos semanas; EAs: eventos adversos.

1. Rasche L, et al. Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumenTAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Chari A, et al. Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

ANEXOS

Diapositiva 47 (I)

Eventos adversos hematológicos y no hematológicos más comunes en MonumentTAL-1 con un seguimiento a largo plazo

Table 2. Most common hematologic and nonhematologic AEs in MonumentTAL-1 with long-term follow-up

AE (≥30% in any cohort), n (%)	Talquetamab 0.4 mg/kg QW SC (N=143)		Talquetamab 0.8 mg/kg Q2W SC (N=154)		Prior TCR QW and Q2W SC (N=78)	
	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4	Any Grade	Grade 3/4
Hematologic AEs						
Anemia	65 (45.5)	46 (32.2)	67 (43.5)	39 (25.3)	38 (48.7)	22 (28.2)
Neutropenia	50 (35.0)	44 (30.8)	44 (28.6)	33 (21.4)	40 (51.3)	37 (47.4)
Thrombocytopenia	39 (27.3)	29 (20.3)	46 (29.9)	28 (18.2)	30 (38.5)	22 (28.2)
Nonhematologic AEs						
CRS	113 (79.0)	3 (2.1)	116 (75.3)	1 (0.6)	57 (73.1)	1 (1.3)
Taste changes ^a	103 (72.0)	NA	111 (72.1)	NA	59 (75.6)	NA
Infections ^b	87 (60.8)	30 (21.0)	109 (70.8)	31 (20.1)	61 (78.2)	20 (25.6)
Skin ^c	85 (59.4)	0	113 (73.4)	1 (0.6)	53 (67.9)	0
Nail ^d	80 (55.9)	0	84 (54.5)	0	47 (60.3)	0
Weight decreased ^e	59 (41.3)	3 (2.1)	64 (41.6)	9 (5.8)	29 (37.2)	1 (1.3)
Rash ^f	57 (39.9)	2 (1.4)	48 (31.2)	8 (5.2)	25 (32.1)	2 (2.6)
Pyrexia	57 (39.9)	4 (2.8)	44 (28.6)	2 (1.3)	27 (34.6)	0
Dry mouth	38 (26.6)	0	60 (39.0)	0	34 (43.6)	0
Fatigue	36 (25.2)	5 (3.5)	44 (28.6)	1 (0.6)	25 (32.1)	1 (1.3)

^aIncluding ageusia, dysgeusia, hypogeusia, and taste disorder. Per CTCAE, the maximum possible grade of dysgeusia is 2. ^bInfections are reported as a System Organ Class. ^cIncluding skin exfoliation, dry skin, pruritus, and palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome. ^dIncluding nail discoloration, nail disorder, onycholysis, onychomadesis, onychoclasia, nail dystrophy, nail toxicity, and nail ridging. ^ePer CTCAE, weight loss is graded as follows: grade 1, 5 to <10% from baseline, intervention not indicated; grade 2, 10 to <20% from baseline, 598 nutritional support indicated; and grade 3, ≥20% from baseline, tube feeding or total parenteral nutrition indicated. The maximum grade for 599 weight loss is 3. ^fIncluding rash, maculopapular rash, erythematous rash, and erythema.

AE, adverse event; CRS, cytokine release syndrome; CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events; NA, not applicable; Q2W, every other week; QW, weekly; TCR, T-cell redirection therapy.

Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentTAL-1 study. *Blood* 2026 Aug 6: blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print.

ANEXOS

Diapositiva 47 (II)

Mediana de tiempo hasta la aparición, duración y tasas de resolución de EAs de interés en MonumenTAL-1¹

Tabla 2 de Chari A, et al. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2024.

^aMediana del tiempo transcurrido hasta el inicio de la enfermedad calculada en relación con la dosis más reciente recibida. ^bLa mediana de la duración se basa en los eventos con hora/fecha de inicio y fin disponibles. ^cLos pacientes podían tener mas de 1 evento. Los porcentajes se calculan con el número de eventos como denominador. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y en la que había recibido un tratamiento redireccionador de linfocitos T, respectivamente.

CS: cada semana; **C2S:** cada 2 semanas; **EAs:** eventos adversos; **ICANS:** síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **SLC:** síndrome de liberación de citoquinas; **TRL:** tratamiento redireccionador de linfocitos T.

Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EA	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	TRL previo (n = 51)
Disgeusia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	15,0	12,5
Mediana de duración (días) ^b	95,0	102,0	130,0
Resueltos n,(%) ^c	58 (45,7)	36 (30,8)	17 (37,0)
Disfagia			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,5	28,5	27,5
Mediana de duración (días) ^b	109,0	73,0	174,0
Resueltos n,(%) ^c	25 (69,4)	29 (72,5)	4 (33,3)
Boca seca			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	26,0	22,0	18,5
Mediana de duración (días) ^b	57,0	89,0	58,5
Resueltos n,(%) ^c	20 (50,0)	20 (31,3)	13 (40,6)
Trastornos cutáneos (eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	20,0	22,0	27,0
Mediana de duración (días) ^b	28,0	26,0	15,0
Resueltos n,(%) ^c	66 (88,0)	47 (72,3)	22 (71,0)
Trastornos cutáneos (no eruptivos)			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	29,5	27,0	26,0
Mediana de duración (días) ^b	36,0	39,0	32,0
Resueltos n,(%) ^c	90 (60,0)	99 (57,2)	45 (63,4)
Uñas			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	68,5	67,5	64,0
Mediana de duración (días) ^b	88,5	74,0	122,0
Resueltos n,(%) ^c	32 (32,7)	25 (25,5)	13 (31,7)
Infecciones			
Mediana de tiempo hasta la aparición (días) ^a	148,0	108,0	96,0
Mediana de duración (días) ^b	11,5	12,0	12,0
Resueltos n,(%) ^c	207 (90,4)	166(87,4)	82 (89,1)
SLC			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	25,9	28,0	26,3
Mediana de duración (horas) ^b	14,5	18,0	20,4
Resueltos n,(%) ^c	188 (99,5)	189(100,0)	57 (100,0)
ICANS^d			
Mediana de tiempo hasta la aparición (horas) ^a	23,6	31,9	115,5
Mediana de duración (horas) ^b	15,5	7,8	48,5
Resueltos n,(%) ^c	18 (85,7)	12 (80,0)	1(100,0)

ANEXOS

Diapositiva 47 (III)

Tabla 3 de Chari A, et al. Clin Lymphoma, Myeloma Leuk 2024.

^aDefinidos como pacientes que se saltaron al menos una dosis antes de reanudar el tratamiento con el mismo nivel de dosis y el mismo programa. ^bSe definen como cambios a una dosis reducida o a un programa de dosificación menos frecuente. ^c≥1 síntomas de SLC/ICANS emergentes del tratamiento que conduzcan a la modificación de la dosis. ^dDado que el ICANS solo se evaluó en la fase 2 del ensayo, el número de pacientes incluidos en el análisis fue de 122, 109 y 34 en las cohortes de 0,4 mg/kg CS, 0,8 mg/kg C2S y terapia redireccionadora de linfocitos T, respectivamente.

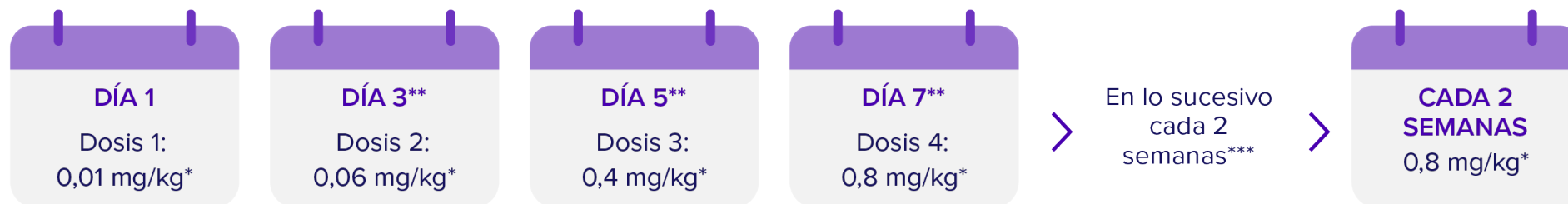
Chari A, *et al.* Clinical Management of Patients With Relapsed/Refractory Multiple Myeloma Treated With Talquetamab. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2024;24(10):665-693.e14.

EEAA,n (%)	Talquetamab 0,4 mg/kg CS (n = 143)	Talquetamab 0,8 mg/kg C2S (n = 145)	Terapia redireccionadora de linfocitos T (n = 51)
Disgeusia			
Modificación de dosis	12 (8,4)	8 (5,5)	6 (11,8)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	4 (2,8)	5 (9,8)
Reducción ^b	10 (7,0)	5 (3,4)	4 (7,8)
Disfagia			
Modificación de dosis	2 (1,4)	2 (1,4)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (2,0)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	2 (3,9)
Boca seca			
Modificación de dosis	2 (1,4)	4 (2,8)	3 (5,9)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	3 (2,1)	2 (3,9)
Dermatológicos (eruptivos)			
Modificación de dosis	9 (6,3)	6 (4,1)	2 (3,9)
Retraso	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Pérdida ^a	7 (4,9)	5 (3,4)	2 (3,9)
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
Dermatológicos (no eruptivos)			
Modificación de dosis	12 (8,4)	1 (0,7)	3 (5,9)
Retraso	1 (0,7)	0	0
Pérdida ^a	9 (6,3)	1 (0,7)	3 (5,9)
Reducción ^b	5 (3,5)	0	1 (2,0)
Ungueales			
Modificación de dosis	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Retraso	0	0	0
Pérdida ^a	1 (0,7)	0	1 (2,0)
Reducción ^b	1 (0,7)	0	0
Infecciones			
Modificación de dosis	32 (22,4)	29 (20,0)	10 (19,6)
Retraso	1 (0,7)	9 (6,2)	0
Pérdida ^a	31 (21,7)	20 (13,8)	9 (17,6)
Reducción ^b	0	1 (0,7)	1 (2,0)
SLC ^c			
Modificación de dosis	18 (12,6)	21 (14,5)	3 (5,9)
Retraso	17 (11,9)	21 (14,5)	3 (5,9)
Pérdida ^a	2 (1,4)	2 (1,4)	0
Reducción ^b	1 (0,7)	1 (0,7)	0
ICANS ^{c,d}			
Modificación de dosis	2 (1,6)	2 (1,8)	0
Retraso	0	2 (1,8)	0
Pérdida ^a	2 (1,6)	0	0
Reducción ^b	1 (0,8)	0	0

Posología[‡]

El primer y único **anticuerpo biespecífico dirigido contra GPRC5D** aprobado para el MMRR¹ con posibilidad de **dosificación quincenal desde el inicio**^{^2}

Escalada de dosis



Basado en la Ficha Técnica de TALVEY^{®2}

*La dosis se basa en el peso corporal actual y se debe administrar por vía SC.

**La dosis se puede administrar entre 2 y 4 días después de la dosis anterior y se puede administrar hasta 7 días después de la dosis anterior para permitir la resolución de las reacciones adversas.

***Dejar transcurrir un mínimo de 6 días entre las dosis semanales y un mínimo de 12 días entre las dosis quincenales (cada 2 semanas).



Los pacientes deben ser tratados con TALVEY[®] hasta la **progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable**²



Se indicará a los pacientes que deben permanecer cerca de un centro sanitario y que **serán supervisados durante las 48 horas siguientes a la administración de todas las dosis** dentro de la fase de escalada de dosis de TALVEY[®] para detectar signos y síntomas de SLC y de ICANS^{#2}

[‡]Para mayor información acerca de la pauta posológica autorizada de TALVEY[®], consultar sección 4.2 de la Ficha Técnica. [^]Tras el escalado de dosis. [#]Además, a los pacientes con SLC o ICANS de grado 2 o superior se les debe indicar que permanezcan cerca de un centro sanitario y se deben monitorizar durante 48 horas para detectar signos y síntomas después de la siguiente dosis de TALVEY[®]. Para mayor información acerca del perfil de seguridad de TALVEY[®], consultar la sección 4.4 y 4.8 de la Ficha Técnica.

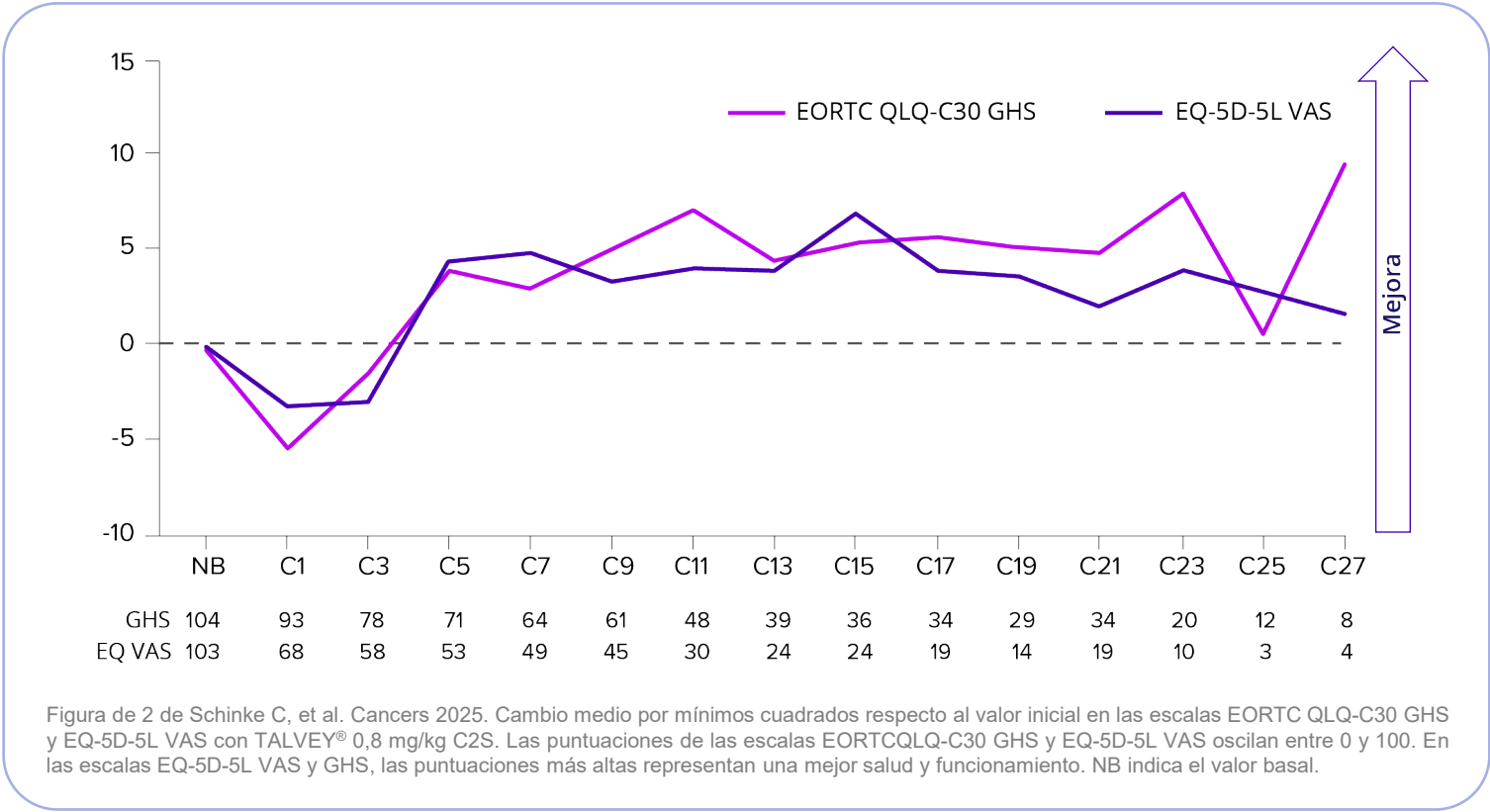
GPRC5D: miembro D del grupo 5 de la familia C del receptor acoplado a proteína G; **ICANS**: síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras; **MMRR**: mieloma múltiple en recaída; **SC**: subcutáneo; **SLC**: síndrome de liberación de citoquinas.

1. Rasche L, *et al.* Talquetamab in patients with relapsed/refractory multiple myeloma: 3-year follow-up of the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Blood 2026 Aug 6;blood.2025031994. doi: 10.1182/blood.2025031994. Online ahead of print. 2. Ficha Técnica TALVEY[®].



Calidad de vida

Los pacientes tratados con TALVEY® C2S mejoraron su calidad de vida, demostrado mediante EQ-5D-5L VAS y la PGIS*1



*Este estudio describe los resultados comunicados por los pacientes (PRO) entre los pacientes que recibieron TALVEY® en MonumentAL-1. El cambio con respecto al valor inicial en los síntomas, el funcionamiento y la HRQoL comunicados por los pacientes fueron criterios de valoración secundarios de la fase 2 del estudio.¹ En el estudio MonumentAL-1, los pacientes tenían MMRR con ≥3 líneas de tratamiento previas (inhibidores del proteasoma, fármacos inmunomoduladores y anticuerpos anti-CD38). Los pacientes incluidos en estos análisis recibieron TALVEY® C2S. Las evaluaciones de los PRO incluyeron el Cuestionario Básico de 30 Preguntas sobre la Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), la Escala Analógica Visual de 5 Dimensiones y 5 Niveles de EuroQol (EQ-5D-5L VAS), y la Impresión Global del Paciente sobre la Gravedad (PGIS). Este estudio tiene algunas limitaciones. El número de pacientes que permanecieron en tratamiento disminuyó con el tiempo y no se realizó ninguna imputación. Existe la posibilidad de sesgo de respuesta. No se registraron los acontecimientos adversos relacionados con GPRC5D.¹

C: ciclo; C2S: cada dos semanas; CD38: cluster of differentiation 38; GHS: global health status; GPRC5D: miembro D del grupo 5 de la familia C del receptor acoplado a proteína G; HRQoL: health-related quality of life; MMRR: mieloma múltiple en recaída y refractario; NB: nivel basal; PGIS: Patient Global Impression of Severity; PRO: resultados notificados por los pacientes.

1. Schinke C, et al. Talquetamab improves patient-reported symptoms and health-related quality of life in relapsed or refractory multiple myeloma: Results from the phase 1/2 MonumentAL-1 study. Cancer. 2025;e35927.

¡Muchas gracias!



una **M**eta
co **M**partida

Johnson&Johnson



Ficha técnica

<https://static.janssen-emea.com/sites/default/files/Spain/SMPC/ES-PL-0233.pdf>

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

TALVEY 2 mg/ml solución inyectable
TALVEY 40 mg/ml solución inyectable

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

TALVEY 2 mg/ml solución inyectable

Un vial de 1,5 ml contiene 3 mg de talquetamab (2 mg/ml).

TALVEY 40 mg/ml solución inyectable

Un vial de 1 ml contiene 40 mg de talquetamab (40 mg/ml).

Talquetamab es un anticuerpo biespecífico humanizado de inmunoglobulina g4-prolina, alanina, alanina (IgG4-PAA) dirigido contra el receptor acoplado a proteínas G de la familia C, grupo 5 y miembro D (GPRC5D) y los receptores del grupo de diferenciación 3 (CD3), producido en células de ovario de hámster chino mediante tecnología de ADN recombinante.

Excipientes con efecto conocido

Cada dosis contiene 0,4 mg/ml de polisorbato 20.

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

3. FORMA FARMACÉUTICA

Solución inyectable (inyectable).

La solución es de incolora a amarillo claro, con un pH de 5,2 y una osmolaridad de 287-290 mOsm/kg.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

TALVEY está indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractario, que han recibido al menos 3 tratamientos previos, incluyendo un agente inmunomodulador, un inhibidor del proteasoma y un anticuerpo anti-CD38 y han presentado progresión de la enfermedad al último tratamiento.

4.2 Posología y forma de administración

El tratamiento con TALVEY debe ser iniciado y supervisado por médicos con experiencia en el tratamiento del mieloma múltiple.

TALVEY debe ser administrado por un profesional sanitario con personal médico adecuadamente formado y con el equipamiento médico apropiado para manejar reacciones graves, incluido el síndrome de liberación de citocinas (SLC) y toxicidad neurológica, incluido el síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmuno efectoras (ICANS, por sus siglas en inglés).

Posología

Los medicamentos previos al tratamiento se deben administrar antes de cada dosis de TALVEY durante la fase de escalada de dosis (ver a continuación).

TALVEY se debe administrar por vía subcutánea en una pauta posológica semanal o quincenal (cada 2 semanas) como se indica en la Tabla 1. Los pacientes que reciben talquetamab de acuerdo con la pauta posológica semanal de 0,4 mg/kg de peso corporal y han alcanzado una respuesta clínica adecuada que se confirma en al menos dos evaluaciones consecutivas de la enfermedad pueden ser considerados para cambiar a la dosificación de 0,8 mg/kg de peso corporal cada dos semanas.

Tabla 1: Dosis de TALVEY recomendada

Pauta posológica	Fase	Día	Dosis de TALVEY ^a
Pauta posológica semanal	Fase de escalada de dosis	Día 1	0,01 mg/kg
		Día 3 ^b	0,06 mg/kg
		Día 5 ^b	0,4 mg/kg
	Fase de tratamiento	En lo sucesivo, una vez a la semana ^c	0,4 mg/kg
Pauta posológica quincenal (cada 2 semanas)	Fase de escalada de dosis	Día 1	0,01 mg/kg
		Día 3 ^b	0,06 mg/kg
		Día 5 ^b	0,4 mg/kg
		Día 7 ^b	0,8 mg/kg
	Fase de tratamiento	En lo sucesivo, una vez cada dos semanas ^c	0,8 mg/kg

^a La dosis se basa en el peso corporal actual y se debe administrar por vía subcutánea.

^b La dosis se puede administrar entre 2 y 4 días después de la dosis anterior y se puede administrar hasta 7 días después de la dosis anterior para permitir la resolución de las reacciones adversas.

^c Dejar transcurrir un mínimo de 6 días entre las dosis semanales y un mínimo de 12 días entre las dosis quincenales (cada 2 semanas).

Se indicará a los pacientes que deben permanecer cerca de un centro sanitario y que serán supervisados durante las 48 horas siguientes a la administración de todas las dosis dentro de la fase de escalada de dosis de TALVEY para detectar signos y síntomas de SLC y de ICANS (ver sección 4.4).

Duración del tratamiento

Los pacientes deben ser tratados con TALVEY hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Medicamentos previos al tratamiento

Los siguientes medicamentos previos al tratamiento se deben administrar de 1 a 3 horas antes de cada dosis de TALVEY durante la fase de escalada de dosis para reducir el riesgo de SLC (ver sección 4.4).

- Corticosteroides (dexametasona 16 mg o equivalente por vía oral o intravenosa)
- Antihistamínicos (difenhidramina 50 mg o equivalente por vía oral o intravenosa)
- Antipiréticos (paracetamol 650 a 1 000 mg o equivalente por vía oral o intravenosa)

Los medicamentos previos al tratamiento se deben administrar antes de las dosis posteriores a los pacientes que repitan dosis dentro de la fase de escalada de dosis de TALVEY debido a retrasos en la administración (ver Tabla 2) o a los pacientes que hayan experimentado SLC (ver Tabla 3).

Prevención de la infección

Antes de iniciar el tratamiento con TALVEY, se debe considerar la posibilidad de realizar profilaxis para la prevención de infecciones conforme a las guías locales del centro.

Retrasos en la administración

En caso de retraso en la administración de una dosis de TALVEY, se debe reiniciar el tratamiento según las recomendaciones de la Tabla 2 y reanudar la pauta posológica semanal o quincenal como corresponda (ver Posología más arriba). Los medicamentos previos al tratamiento se deben administrar antes de reiniciar la administración de TALVEY y los pacientes se deben monitorizar en consecuencia.

Tabla 2: Recomendaciones para el reinicio del tratamiento con TALVEY después de un retraso en la administración

Pauta posológica	Última dosis administrada	Tiempo transcurrido desde la última dosis administrada	Recomendación para TALVEY*
Pauta posológica semanal	0,01 mg/kg	Más de 7 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg
	0,06 mg/kg	Entre 8 y 28 días	Repetir con 0,06 mg/kg
		Más de 28 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg
	0,4 mg/kg	Entre 8 y 35 días	Repetir con 0,4 mg/kg
		Entre 36 y 56 días	Reiniciar con 0,06 mg/kg
Pauta posológica quincenal (cada 2 semanas)	0,01 mg/kg	Más de 7 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg
		Entre 8 y 28 días	Repetir con 0,06 mg/kg
		Más de 28 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg
	0,4 mg/kg	Entre 8 y 35 días	Repetir con 0,4 mg/kg
		Entre 36 y 56 días	Reiniciar con 0,06 mg/kg
		Más de 56 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg
	0,8 mg/kg	Entre 14 y 35 días	Repetir con 0,8 mg/kg
		Entre 36 y 56 días	Reiniciar con 0,4 mg/kg
		Más de 56 días	Reiniciar con 0,01 mg/kg

* Administrar los medicamentos previos al tratamiento antes de reiniciar el tratamiento con TALVEY. Después de reiniciar la administración de TALVEY, reanudar la dosis semanal o quincenal (cada 2 semanas) como proceda (ver sección 4.2).

Modificaciones de las dosis en caso de reacciones adversas

Puede que sea necesario retrasar la dosis para manejar las toxicidades relacionadas con TALVEY (ver sección 4.4). Consulte en la Tabla 2 las recomendaciones para el reinicio del tratamiento con TALVEY después de un retraso en la administración.

Consulte en las Tablas 3 y 4 las medidas recomendadas para el manejo del SLC y del ICANS.

Consulte en la Tabla 6 las modificaciones de las dosis recomendadas para otras reacciones adversas.

Síndrome de liberación de citocinas (SLC)

El SLC se debe identificar en función del cuadro clínico (ver sección 4.4). Se deben evaluar y tratar otras causas de fiebre, hipoxia e hipotensión. Si se sospecha de la presencia de SLC, el tratamiento con TALVEY se debe suspender hasta que el SLC se resuelva y se debe tratar de acuerdo con las recomendaciones de la Tabla 3. Se debe administrar tratamiento de soporte para el SLC, en el que pueden incluirse cuidados intensivos en caso de SLC grave o potencialmente mortal. Se deben considerar pruebas analíticas para monitorizar la coagulación intravascular diseminada (CID), los parámetros hematológicos, así como la función pulmonar, cardíaca, renal y hepática.

Tabla 3: Recomendaciones para el manejo del SLC

Grado del SLC*	Acciones con TALVEY	Tocilizumab ^b	Corticosteroides ^c
Grado 1 Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}^d$	Suspender la administración de TALVEY hasta la resolución del SLC. Administrar los medicamentos previos al tratamiento antes de la siguiente dosis de TALVEY.	Se puede considerar.	No aplicable
Grado 2 Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}^d$ con: - Hipotensión que responde a los líquidos y no requiere vasopresores, o - Necesidad de oxígeno mediante cánula nasal de bajo flujo* o soplado	Suspender la administración de TALVEY hasta la resolución del SLC. Administrar los medicamentos previos al tratamiento antes de la siguiente dosis de TALVEY. Monitorizar al paciente durante las 48 horas posteriores a la siguiente dosis de TALVEY. Indicar a los pacientes que permanezcan próximos a un centro sanitario durante la monitorización.	Administrar 8 mg/kg de tocilizumab ^c por vía intravenosa durante 1 hora (sin superar los 800 mg). Repetir la administración de tocilizumab cada 8 horas si fuera necesario, si no responde a los líquidos por vía intravenosa ni al aumento de la oxigenoterapia. Limitar a un máximo de 3 dosis en un periodo de 24 horas; total máximo de 4 dosis.	Si no se observa mejoría durante las 24 horas tras comenzar tocilizumab, administrar 1 mg/kg de metilprednisolona por vía intravenosa dos veces al día o 10 mg de dexametasona por vía intravenosa cada 6 horas. Seguir administrando corticosteroides hasta que el acontecimiento sea de grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente durante 3 días.
Grado 3 Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}^d$ con: - Hipotensión que requiere un vasopresor con o sin vasopresina, o - Necesidad de oxígeno mediante cánula nasal de alto flujo*, mascarilla, mascarilla con reservorio o mascarilla de Venturi	<u>Duración < 48 horas</u> Según grado 2. <u>Recurrente o duración > 48 horas</u> Interrumpir definitivamente el tratamiento con TALVEY.	Administrar 8 mg/kg de tocilizumab por vía intravenosa durante 1 hora (sin superar los 800 mg). Repetir la administración de tocilizumab cada 8 horas si fuera necesario, si no responde a los líquidos por vía intravenosa ni al aumento de la oxigenoterapia. Limitar a un máximo de 3 dosis en un periodo de 24 horas; total máximo de 4 dosis.	Si no se observa mejoría, administrar 1 mg/kg de metilprednisolona por vía intravenosa dos veces al día o dexametasona (p. ej., 10 mg por vía intravenosa cada 6 horas). Seguir administrando corticosteroides hasta que el acontecimiento sea de grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente durante 3 días.

Grado 4 Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}^{\text{d}}$ con: - Hipotensión que requiere varios vasopresores (excluida vasopresina), o - Necesidad de oxígeno de presión positiva (por ejemplo, presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP], bipresión positiva en las vías respiratorias [BiPAP], intubación y ventilación mecánica)	Interrumpir definitivamente el tratamiento con TALVEY.	Administrar 8 mg/kg de tocilizumab por vía intravenosa durante 1 hora (sin superar los 800 mg). Repetir la administración de tocilizumab cada 8 horas si fuera necesario, si no responde a los líquidos por vía intravenosa ni al aumento de la oxigenoterapia. Limitar a un máximo de 3 dosis en un periodo de 24 horas; total máximo de 4 dosis.	Según lo indicado anteriormente, o administrar 1 000 mg de metilprednisolona por vía intravenosa al día durante 3 días, según el criterio del médico. Si el paciente no mejora o empeora, considerar la posibilidad de administrar inmunosupresores alternativos ^e .
--	--	--	--

^a Basado en la clasificación de la ASTCT para el SLC (Lee et al 2019).

^b Consulte la ficha técnica de tocilizumab para mayor información.

^c Trate el SLC que no responde al tratamiento conforme a las guías locales.

^d Atribuido al SLC. Puede que la fiebre no siempre esté presente de forma concomitante con la hipotensión o la hipoxia dado que ésta puede estar enmascarada por intervenciones tales como los antipiréticos o la terapia anticitocina (por ejemplo, tocilizumab o corticosteroides).

^e La cánula nasal de bajo flujo es ≤ 6 l/min y la cánula nasal de alto flujo es > 6 l/min.

Toxicidad neurológica, incluido ICANS

Ante el primer signo de toxicidad neurológica, incluido ICANS, se debe suspender la administración de TALVEY y se debe considerar la evaluación neurológica. Se deben descartar otras causas de los síntomas neurológicos. Se debe proporcionar tratamiento de soporte, en el que pueden incluirse cuidados intensivos en caso de ICANS grave o potencialmente mortal (ver sección 4.4). Las recomendaciones para el manejo del ICANS se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4: Recomendaciones para el manejo del ICANS

Grado del ICANS ^{a, b}	SLC concomitante	SLC no concomitante
Grado 1 Puntuación ICE ^c 7-9 o nivel de consciencia disminuido ^d : despierta espontáneamente.	Manejo del SLC según la Tabla 3. Supervisar los síntomas neurológicos y considerar la consulta y evaluación neurológica, a criterio del médico.	Supervisar los síntomas neurológicos y considerar la consulta y evaluación neurológica, a criterio del médico.
	Suspender la administración de TALVEY hasta la resolución del ICANS. Considerar medicamentos anticonvulsivos no sedantes (p. ej., levetiracetam) para la profilaxis de las convulsiones.	

Grado 2 Puntuación ICE ^c 3-6 o nivel de consciencia disminuido ^d : despierta al sonido de la voz.	Administrar tocilizumab según la Tabla 3 para el manejo del SLC. Si el paciente no mejora después de iniciar el tratamiento con tocilizumab, administrar 10 mg de dexametasona* por vía intravenosa cada 6 horas, si no está recibiendo ya otros corticosteroides. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente.	Administrar 10 mg de dexametasona* por vía intravenosa cada 6 horas. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente.
	Suspender la administración de TALVEY hasta la resolución del ICANS. Considerar medicamentos anticonvulsivos no sedantes (p. ej., levetiracetam) para la profilaxis de las convulsiones. Considerar la consulta de neurología y con otros especialistas para una evaluación más a fondo si es necesario. Monitorizar al paciente durante las 48 horas posteriores a la siguiente dosis de TALVEY. Indicar a los pacientes que permanezcan próximos a un centro sanitario durante la monitorización.	
Grado 3 Puntuación ICE ^c 0-2 (Si la puntuación ICE es 0 pero el paciente está despierto (por ejemplo, despierto con afasia global) y puede realizar la evaluación) o nivel de consciencia disminuido ^d : despierta solo al estímulo táctil, o convulsiones ^d , sean: - cualquier convulsión clínica, focal o generalizada que se resuelva rápidamente, o - episodios no convulsivos en el electroencefalograma (EEG) que se resuelven con intervención, o elevación de la presión intracraneal: edema focal/local en la neuroimagen ^d .	Administrar tocilizumab según la Tabla 3 para el manejo del SLC. Administrar 10 mg de dexametasona* por vía intravenosa con la primera dosis de tocilizumab y repetir la dosis cada 6 horas. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente.	Administrar 10 mg de dexametasona* por vía intravenosa cada 6 horas. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente.
	Considerar medicamentos anticonvulsivos no sedantes (p. ej., levetiracetam) para la profilaxis de las convulsiones. Considerar la consulta de neurología y con otros especialistas para una evaluación más a fondo si es necesario. <u>Primera aparición:</u> Suspender la administración de TALVEY hasta la resolución del ICANS. Monitorizar al paciente durante las 48 horas posteriores a la siguiente dosis de TALVEY. Indicar a los pacientes que permanezcan próximos a un centro sanitario durante la monitorización. <u>Recurrente:</u> Interrumpir definitivamente el tratamiento con TALVEY.	

Grado 4 Puntuación ICE^a 0 (El paciente no se puede despertar y no se le puede realizar la evaluación ICE) o nivel de consciencia disminuido^d sea: • que el paciente no se puede despertar o necesita estímulos táctiles vigorosos o repetitivos para despertar, o • estupor o coma, o convulsiones^d, sean: • convulsión prolongada potencialmente mortal (> 5 minutos), o • convulsiones clínicas o eléctricas repetitivas sin retorno entremedias al valor inicial, o manifestaciones motoras^d: • debilidad motora focal profunda, como hemiparesia o paraparesia, o elevación de la presión intracraneal/edema cerebral^d con signos/síntomas tales como: • edema cerebral difuso en la neuroimagen, o • postura de descerebración o decorticación, o • parálisis del nervio craneal VI, o • papiledema, o • triada de Cushing	Administrar tocilizumab según la Tabla 3 para el manejo del SLC. Administrar 10 mg de dexametasona^a por vía intravenosa y repetir la dosis cada 6 horas. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente. O bien, considerar la administración de 1 000 mg de metilprednisolona por vía intravenosa al día con la primera dosis de tocilizumab y continuar con 1 000 mg de metilprednisolona por vía intravenosa al día durante 2 o más días.	Administrar 10 mg de dexametasona^a por vía intravenosa y repetir la dosis cada 6 horas. Seguir administrando dexametasona hasta que se resuelva a grado 1 o inferior y luego reducir gradualmente. O bien, considerar la administración de 1 000 mg de metilprednisolona por vía intravenosa al día durante 3 días; si el paciente mejora, manejar según lo indicado anteriormente.
--	---	--

^a El manejo viene determinado por el acontecimiento más grave, no atribuible a ninguna otra causa.

^b Clasificación de la ASTCT 2019 para el ICANS.

^c Si el paciente se puede despertar y se le puede realizar una evaluación de la Encefalopatía Asociada a Células Inmunoefectoras (ICE), evaluar: **Orientación** (conoce el año, mes, ciudad, hospital = 4 puntos); **Denominación** (nombra 3 objetos, p. ej., señalar el reloj, un bolígrafo, un botón = 3 puntos); **Seguimiento de órdenes** (por ejemplo, «muéstreme 2 dedos» o «cierra los ojos y saque la lengua» = 1 punto); **Escritura** (capacidad para redactar una oración normal = 1 punto); y **Atención** (contar hacia atrás desde 100 de diez en diez = 1 punto). Si el paciente no se puede despertar y no se le puede realizar la evaluación ICE (ICANS de grado 4) = 0 puntos.

^d No atribuible a ninguna otra causa.

^e Todas las referencias a la administración de dexametasona son dexametasona o equivalente.

Tabla 5: Recomendaciones para el manejo de la toxicidad neurológica (excluyendo ICANS)

Reacción adversa	Gravedad ^a	Medidas
Toxicidad neurológica ^a (excluyendo ICANS)	Grado 1	• Suspender la administración de TALVEY hasta que los síntomas de toxicidad neurológica se resuelvan o estabilicen^b.
	Grado 2 Grado 3 (Primera aparición)	• Suspender la administración de TALVEY hasta que los síntomas de toxicidad neurológica mejoren a Grado 1 o inferior^b. • Proporcionar tratamiento de soporte.

Grado 3 (Recurrente) Grado 4	• Interrumpir permanentemente la administración de TALVEY. • Proporcionar tratamiento de soporte, que puede incluir cuidados intensivos.
---------------------------------	---

^a Basado en los criterios terminológicos comunes para acontecimientos adversos del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI-CTCAE), versión 4.03.

^b Véase la Tabla 2 para recomendaciones sobre la reanudación de TALVEY tras retrasos de dosis.

Otras reacciones adversas

Las modificaciones de las dosis recomendadas para otras reacciones adversas se indican en la Tabla 6.

Tabla 6: Modificaciones de las dosis recomendadas para otras reacciones adversas

Reacción adversa	Gravedad	Modificación de la dosis
Infecciones graves (ver sección 4.4)	Todos los grados	• No administrar el esquema de escalado de dosis de TALVEY en pacientes con una infección activa. • Suspender la administración de TALVEY en la fase de escalada de dosis hasta que se resuelva la infección.
	Grado 3-4	• Suspender la administración de TALVEY durante la fase de tratamiento hasta que la infección mejore a grado 2 o inferior.
Citopenias (ver sección 4.4)	Cifra absoluta de neutrófilos inferior a $0,5 \times 10^9/l$	• Suspender la administración de TALVEY hasta que la cifra absoluta de neutrófilos sea de $0,5 \times 10^9/l$ o superior.
	Neutropenia febril	• Suspender la administración de TALVEY hasta que la cifra absoluta de neutrófilos sea de $1,0 \times 10^9/l$ o superior y la fiebre se haya resuelto.
	Hemoglobina inferior a 8 g/dl	• Suspender la administración de TALVEY hasta que el valor de hemoglobina sea de 8 g/dl o superior.
	Cifra de plaquetas inferior a 25 000/ μ l Cifra de plaquetas entre 25 000/ μ l y 50 000/ μ l con hemorragia	• Suspender la administración de TALVEY hasta que la cifra de plaquetas sea de 25 000/μl o superior y no haya evidencia de hemorragia.
Toxicidad oral, incluida pérdida de peso (ver sección 4.4)	Toxicidad que no responde al tratamiento de soporte	Suspender la administración de TALVEY hasta que se establezca o mejore, y considerar la reanudación con un esquema modificado como se indica a continuación: • Si la dosis actual es de 0,4 mg/kg semanales, cambiar a 0,4 mg/kg cada dos semanas. • Si la dosis actual es de 0,8 mg/kg cada dos semanas, cambiar a 0,8 mg/kg cada cuatro semanas.
Reacciones cutáneas, incluidos los trastornos de las uñas (ver sección 4.4)	Grado 3-4	• Suspender la administración de TALVEY hasta que la reacción adversa mejore a grado 1 o a los valores iniciales.
Otras reacciones adversas no hematológicas ^a (ver sección 4.8)	Grado 3-4	• Suspender la administración de TALVEY hasta que la reacción adversa mejore a grado 1 o a los valores iniciales.

^a Basado en los criterios terminológicos comunes para acontecimientos adversos del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI-CTCAE), versión 4.03.

Poblaciones especiales

Población pediátrica

No hay uso relevante de TALVEY en la población pediátrica para el tratamiento del mieloma múltiple.

Pacientes de edad avanzada

No es necesario ajustar la dosis (ver sección 5.2).

Insuficiencia renal

Se recomienda no ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver sección 5.2).

Insuficiencia hepática

Se recomienda no ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve (ver sección 5.2). No se dispone de datos de pacientes con insuficiencia hepática moderada y grave o son escasos.

Forma de administración

TALVEY es solo para uso subcutáneo.

El volumen requerido de TALVEY debe inyectarse en el tejido subcutáneo del abdomen (lugar de inyección preferido). Alternativamente, TALVEY se puede inyectar en el tejido subcutáneo en otros sitios (por ejemplo, en el muslo). Si se requieren varias inyecciones, los sitios de inyección de TALVEY deben estar separados por lo menos 2 cm.

TALVEY no se debe inyectar en tatuajes o cicatrices ni en zonas en las que la piel esté enrojecida, magullada, sensible, dura o no intacta.

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

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

Trazabilidad

Con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados.

Síndrome de liberación de citocinas (SLC)

Los pacientes que reciben TALVEY pueden experimentar SLC, incluyendo reacciones potencialmente mortales o fatales (ver sección 4.8). Los signos y síntomas clínicos del SLC pueden incluir, entre otros, pirexia, hipotensión, escalofríos, hipoxia, cefalea, taquicardia y transaminasas elevadas. Las complicaciones potencialmente mortales del SLC pueden incluir disfunción cardíaca, síndrome de dificultad respiratoria agudo, toxicidad neurológica, fallo renal y/o hepático y coagulación intravascular diseminada (CID).

El tratamiento con TALVEY se debe iniciar con una fase de escalada de dosis y los medicamentos previos al tratamiento (corticosteroides, antihistamínicos, y antipiréticos) se deben administrar antes de cada dosis de TALVEY durante dicha fase para reducir el riesgo de SLC. Los pacientes deben ser monitorizados tras la administración en consecuencia. A los pacientes que experimenten SLC después

de su dosis anterior, se les debe administrar medicamentos previos al tratamiento antes de la siguiente dosis de TALVEY (ver sección 4.2).

Se excluyeron de los estudios clínicos los pacientes que experimentaron SLC de grado 3 o superior con cualquier tratamiento previo de redireccionamiento de linfocitos T. No puede excluirse que un SLC grave anterior con tratamiento de linfocitos T con receptores de antígenos quiméricos (CAR) u otros activadores de linfocitos T pueda afectar a la seguridad de TALVEY. Los beneficios potenciales del tratamiento deben sopesarse cuidadosamente frente al riesgo de episodios neurológicos y debe extremarse la precaución al administrar TALVEY a estos pacientes.

Se debe aconsejar a los pacientes que soliciten atención médica si se presentan signos o síntomas de aparición de SLC. Ante el primer signo de SLC, los pacientes deben ser inmediatamente evaluados por si necesitaran hospitalización. Se debe establecer tratamiento de soporte, tocilizumab y/o corticosteroides, en función de la gravedad. El uso de factores de crecimiento mieloide, en particular el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), se debe evitar en presencia de SLC. El tratamiento con TALVEY se debe suspender hasta que el SLC se resuelva (ver sección 4.2).

Toxicidad neurológica, incluyendo ICANS

Tras el tratamiento con TALVEY se han producido toxicidades neurológicas graves o potencialmente mortales, incluyendo ICANS (ver sección 4.8).

Tras el tratamiento con TALVEY se han producido casos de ICANS, incluidas reacciones mortales. La aparición de ICANS se puede producir a la vez que el SLC, después de su resolución o en ausencia de SLC. Los signos y síntomas clínicos del ICANS pueden incluir, entre otros, estado confusional, nivel de consciencia disminuido, desorientación, somnolencia, letargo y bradifrenia.

Los pacientes se deben monitorizar por signos y síntomas de toxicidades neurológicas y deben recibir tratamiento inmediatamente. Se debe aconsejar a los pacientes que soliciten atención médica si se presentan signos o síntomas de toxicidad neurológica, ICANS incluido. Ante el primer signo de toxicidad neurológica, incluido el ICANS, los pacientes deben ser evaluados de inmediato y proporcionarse tratamiento de soporte en función de su gravedad. A los pacientes con ICANS de grado 2 o superior se les debe indicar que permanezcan cerca de un centro sanitario y se deben monitorizar durante 48 horas para detectar signos y síntomas después de la siguiente dosis de TALVEY.

En el caso del ICANS y de otras toxicidades neurológicas, se debe suspender o interrumpir la administración de TALVEY en función de la gravedad y se deben seguir las recomendaciones de tratamiento de la Tabla 4 (ver sección 4.2).

No existen datos sobre el uso de talquetamab en pacientes con afectación del SNC por mieloma u otras patologías del SNC clínicamente relevantes como consecuencia de su exclusión del estudio debido al posible riesgo de ICANS.

Debido a la posibilidad de ICANS, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan ni utilicen máquinas durante la fase de escalada de dosis y durante las 48 horas después de completar dicha fase, así como en caso de aparición de síntomas neurológicos nuevos, hasta que los síntomas remitan (ver sección 4.7).

Manejo de las toxicidades neurológicas

Al primer signo de toxicidad neurológica, incluido el ICANS, se debe considerar la evaluación neurológica. Se deben descartar otras causas de los síntomas neurológicos. El tratamiento con TALVEY se debe suspender hasta que la reacción adversa se resuelva (ver Tabla 4). Se deben administrar cuidados intensivos y tratamiento de soporte en caso de toxicidades neurológicas graves o potencialmente mortales.

Toxicidad oral

Las toxicidades orales, incluyendo disgeusia, boca seca, disfagia y estomatitis, se producen muy frecuentemente tras el tratamiento con TALVEY (ver sección 4.8).

Los pacientes se deben monitorizar por signos y síntomas de toxicidad oral. Se debe aconsejar a los pacientes que soliciten atención médica si se presentan signos o síntomas de toxicidad oral y proporcionar tratamiento de soporte. El tratamiento de soporte puede incluir agentes estimulantes de la saliva, enjuagues bucales con corticosteroides o la consulta con un nutricionista. Se debe suspender la administración de TALVEY o se debe considerar una administración menos frecuente (ver sección 4.2).

Con el tiempo, puede producirse una pérdida de peso notable (ver sección 4.8). Durante el tratamiento se debe controlar regularmente la evolución del peso. Toda pérdida de peso clínicamente significativa se debe evaluar con más detenimiento. Se debe suspender la administración de TALVEY o se debe considerar una administración menos frecuente (ver sección 4.2).

Infecciones graves

Se han notificado infecciones graves, potencialmente mortales o mortales en pacientes tratados con TALVEY (ver sección 4.8). Los pacientes se deben monitorizar por signos y síntomas de infección antes y durante el tratamiento con TALVEY y deben recibir el tratamiento adecuado. Los antibióticos profilácticos se deben administrar conforme a las guías locales. TALVEY no se debe administrar a pacientes con infección grave activa. El tratamiento con TALVEY se debe interrumpir como se indica (ver sección 4.2). Debe indicarse a los pacientes que acudan al médico si aparecen signos o síntomas que sugieran una infección.

Hipogammaglobulinemia

Se ha notificado hipogammaglobulinemia en pacientes tratados con TALVEY (ver sección 4.8). Es necesario monitorizar los niveles de inmunoglobulina durante el tratamiento con TALVEY. Se administró tratamiento con inmunoglobulina por vía intravenosa o subcutánea para tratar a los pacientes con hipogammaglobulinemia. Los pacientes deben recibir tratamiento de acuerdo con las guías locales del centro, incluyendo las precauciones contra infecciones, la profilaxis antibiótica o antiviral, y la administración de terapia de reemplazo de inmunoglobulinas.

Citopenias

En pacientes tratados con TALVEY se ha observado neutropenia de grado 3 o 4, neutropenia febril y trombocitopenia derivadas del tratamiento. La mayoría de las citopenias se produjeron durante las primeras 8 a 10 semanas. Se debe monitorizar el hemograma completo al inicio y periódicamente durante el tratamiento. Se debe proporcionar tratamiento de soporte conforme a las guías locales del centro.

Los pacientes con neutropenia deben ser monitorizados para detectar signos de infección. El tratamiento con TALVEY se debe suspender si está justificado (ver sección 4.2).

Reacciones cutáneas

TALVEY puede provocar reacciones cutáneas, como erupción, eritema, síndrome de eritrodisestesia palmoplantar y trastorno de las uñas (ver sección 4.8). Se deben monitorizar las reacciones cutáneas, incluida la progresión de la erupción, para intervenir a tiempo y tratarlas con corticosteroides. En caso de erupciones de grado 3 o superior, o de empeoramiento de las erupciones de grado 1 o 2, también se deben administrar corticosteroides orales. En caso de reacciones cutáneas no eruptivas se puede considerar la modificación de la dosis (ver Tabla 6).

En caso de reacciones cutáneas y trastornos de las uñas, se debe suspender la administración de TALVEY en función de la gravedad y se deben seguir las guías locales (ver sección 4.2).

Vacunas

La respuesta inmunitaria a las vacunas se puede ver reducida debido al tratamiento con TALVEY. No se ha estudiado la seguridad de la inmunización con vacunas elaboradas con virus vivos durante o después del tratamiento con TALVEY. No se recomienda la vacunación con vacunas elaboradas con virus vivos durante al menos 4 semanas antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento y al menos 4 semanas después del tratamiento.

En caso de exposición imprevista durante el embarazo, ver la sección 4.6.

Mujeres en edad fértil/anticoncepción

Debe comprobarse el estado de embarazo de las mujeres en edad fértil antes de iniciar el tratamiento con TALVEY. Las mujeres con potencial reproductivo deben utilizar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y durante los 3 meses posteriores a la última dosis de TALVEY (ver sección 4.6).

Excipientes

Sodio

Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por dosis; esto es, esencialmente «exento de sodio».

Polisorbato 20

Este medicamento contiene 0,4 mg/ml de polisorbato 20. Los polisorbatos pueden causar reacciones alérgicas.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No se han realizado estudios de interacciones.

Talquetamab provoca la liberación de citocinas (ver sección 5.1) que podría suprimir la actividad de las enzimas del citocromo P450 (CYP), lo que puede dar lugar a un aumento de la exposición de los sustratos del CYP. Se espera que el mayor riesgo de interacción farmacológica se produzca a partir del inicio de la fase de escalada de dosis de talquetamab y hasta 9 días después de la administración de la primera dosis de tratamiento y durante y después del SLC (ver sección 4.4). Se debe monitorizar la toxicidad o las concentraciones de medicamentos que son sustratos del CYP (por ejemplo, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4/5, CYP2D6) en caso de que cambios mínimos en la concentración puedan dar lugar a reacciones adversas graves. La dosis de medicamentos sustratos del CYP concomitantes (por ejemplo, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4/5, CYP2D6) se debe ajustar según sea necesario.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Mujeres en edad fértil/Anticoncepción en mujeres

Antes de iniciar el tratamiento con TALVEY se debe verificar el estado de las mujeres en edad fértil.

Las mujeres que puedan quedarse embarazadas deben utilizar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y durante los 3 meses posteriores a la administración de la última dosis de TALVEY.

Embarazo

No hay datos relativos al uso de TALVEY en mujeres embarazadas ni datos de estudios realizados en animales para evaluar el riesgo de TALVEY en el embarazo. Se sabe que la IgG humana atraviesa la placenta después del primer trimestre de embarazo. Por lo tanto, talquetamab tiene el potencial de ser transmitido de la madre al feto en desarrollo. Los efectos de TALVEY sobre el feto en desarrollo se

desconocen. No se recomienda utilizar TALVEY en mujeres embarazadas ni en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos.

Si se toma TALVEY durante el embarazo, es previsible una respuesta inmunitaria reducida a las vacunas en los recién nacidos. En consecuencia, las vacunaciones de recién nacidos con vacunas elaboradas con organismos vivos, como la vacuna de BCG, deben posponerse hasta las 4 semanas.

Lactancia

Se desconoce si talquetamab se excreta en la leche materna. Debido a que el potencial de reacciones adversas graves de TALVEY se desconoce en los lactantes, las pacientes no deben dar el pecho durante el tratamiento con TALVEY ni durante al menos 3 meses después de recibir la última dosis.

Fertilidad

No hay datos relativos al efecto de talquetamab sobre la fertilidad. No se han evaluado los efectos de talquetamab sobre la fertilidad masculina y femenina en estudios realizados en animales.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de TALVEY sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es importante.

Debido a la posibilidad de ICANS, los pacientes tratados con TALVEY corren el riesgo de sufrir una disminución en el nivel de consciencia (ver sección 4.4). Debe advertirse a los pacientes que eviten conducir o utilizar máquinas durante la fase de escalada de dosis y durante las 48 horas siguientes tras completar dicha fase (ver sección 4.2), así como en caso de aparición de síntomas neurológicos nuevos, hasta que los síntomas remitan.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

Las reacciones adversas más frecuentes fueron SLC (77 %), disgeusia (72 %), hipogammaglobulinemia (67 %), trastorno de las uñas (56 %), dolor musculoesquelético (48 %), anemia (47 %), fatiga (43 %), pérdida de peso (40 %), erupción (39 %), trastorno de la piel (37 %), boca seca (36 %), neutropenia (35 %), pirexia (33 %), xerosis (32 %), trombocitopenia (30 %), infección del tracto respiratorio superior (29 %), linfopenia (27 %), disfagia (24 %), diarrea (25 %), prurito (23 %), tos (23 %), dolor (22 %), apetito disminuido (22 %) y cefalea (20 %).

Las reacciones adversas graves notificadas en los pacientes incluyeron SLC (13 %), pirexia (5 %), ICANS (3,8 %), sepsis (3,8 %), COVID-19 (3,2 %), infección bacteriana (2,4 %), neumonía (2,4 %), infección vírica (2,4 %), neutropenia (2,1 %) y dolor (2,1 %).

Las reacciones adversas más frecuentes que provocaron la interrupción del tratamiento fueron ICANS (1,1 %), y pérdida de peso (0,9 %).

Tabla de reacciones adversas

La seguridad de TALVEY se evaluó en 339 pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída o refractario, incluidos los pacientes tratados con TALVEY con la pauta posológica recomendada con o sin tratamiento previo redireccionador de linfocitos T en el estudio MonumenTAL-1. La mediana de la duración del tratamiento fue de 7,4 (rango: 0,0 a 32,9) meses.

La Tabla 7 resume las reacciones adversas notificadas en los pacientes tratados con TALVEY. Los datos de seguridad de TALVEY también se evaluaron en la población de todos los tratados (N=501) sin que se identificaran reacciones adversas adicionales.

A continuación, se citan las reacciones adversas observadas durante los estudios clínicos por categoría de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen como sigue: 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 frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Dentro de cada grupo de frecuencias, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad.

Tabla 7: Reacciones adversas en pacientes con mieloma múltiple tratados con TALVEY en MonumenTAL-1 (N = 339)

Clasificación por órganos y sistemas Reacción adversa	Categoría de frecuencia	Cualquier grado (%)	Grado 3 o 4 (%)
Infecciones e infestaciones			
Infección bacteriana*	Muy frecuente	40 (12 %)	11 (3,2 %)
Infección por hongos*	Muy frecuente	39 (12 %)	1 (0,3 %)
COVID-19 [§]	Muy frecuente	63 (19 %)	10 (2,9 %)
Infección del tracto respiratorio superior*	Muy frecuente	98 (29 %)	7 (2,1 %)
Sepsis [§]	Frecuente	15 (4,4 %)	14 (4,1 %)
Neumonía*	Frecuente	23 (7 %)	11 (3,2 %)
Infección vírica*	Frecuente	23 (7 %)	6 (1,8 %)
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			
Neutropenia*	Muy frecuente	119 (35 %)	103 (30 %)
Anemia*	Muy frecuente	158 (47 %)	99 (29 %)
Trombocitopenia	Muy frecuente	101 (30 %)	71 (21 %)
Linfopenia	Muy frecuente	91 (27 %)	83 (25 %)
Leucopenia	Muy frecuente	62 (18 %)	38 (11 %)
Hemorragia ¹	Frecuente	27 (8 %)	5 (1,5 %)
Neutropenia febril	Frecuente	7 (2,1 %)	7 (2,1 %)
Trastornos del sistema inmunológico			
Síndrome de liberación de citocinas	Muy frecuente	260 (77 %)	5 (1,5 %)
Hipogammaglobulinemia ²	Muy frecuente	227 (67 %)	0
Trastornos del metabolismo y de la nutrición			
Apetito disminuido	Muy frecuente	76 (22 %)	4 (1,2 %)
Hipopotasemia	Muy frecuente	55 (16 %)	12 (3,5 %)
Hipofosfatemia*	Muy frecuente	49 (15 %)	21 (6 %)
Hipomagnesemia	Muy frecuente	35 (11 %)	0
Trastornos del sistema nervioso			
Síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmuno efectoras*	Muy frecuente	26 (10 %)	6 (2,3 %)
Encefalopatía ³	Muy frecuente	36 (11 %)	0
Cefalea*	Muy frecuente	69 (20 %)	2 (0,6 %)
Disfunción motora ⁴	Muy frecuente	38 (11 %)	2 (0,6 %)
Mareo*	Muy frecuente	42 (12 %)	8 (2,4 %)
Neuropatía sensitiva ⁵	Muy frecuente	34 (10 %)	0
Ataxia	Poco frecuente	1 (0,3 %)	0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos			
Tos*	Muy frecuente	78 (23 %)	0
Disnea ⁶	Muy frecuente	39 (12 %)	5 (1,5 %)
Trastornos gastrointestinales			
Disgeusia ⁷	Muy frecuente	245 (72 %)	0
Boca seca ²	Muy frecuente	122 (36 %)	0
Disfagia	Muy frecuente	82 (24 %)	3 (0,9 %)
Diarrea	Muy frecuente	84 (25 %)	4 (1,2 %)
Estomatitis ⁸	Muy frecuente	67 (20 %)	4 (1,2 %)
Náuseas	Muy frecuente	64 (19 %)	0
Estreñimiento	Muy frecuente	61 (18 %)	0
Dolor oral*	Muy frecuente	42 (12 %)	0
Dolor abdominal*	Muy frecuente	35 (10 %)	1 (0,3 %)
Vómitos	Muy frecuente	34 (10 %)	2 (0,6 %)

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo			
Erupción*	Muy frecuente	132 (39 %)	12 (3,5 %)
Trastorno de la piel*	Muy frecuente	124 (37%)	0
Xerosis ⁹	Muy frecuente	109 (32 %)	0
Prurito	Muy frecuente	79 (23 %)	1 (0,3 %)
Trastorno de las uñas*	Muy frecuente	191 (56 %)	0
Síndrome de eritrodisestesia palmoplantar	Frecuente	31 (9%)	0
Alopecia	Frecuente	30 (9 %)	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			
Dolor musculoesquelético*	Muy frecuente	164 (48 %)	12 (3,5 %)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración			
Fatiga*	Muy frecuente	147 (43 %)	12 (3,5 %)
Peso disminuido	Muy frecuente	134 (40 %)	11 (3,2 %)
Pirexia*	Muy frecuente	113 (33 %)	6 (1,8 %)
Dolor*	Muy frecuente	76 (22 %)	7 (2,1 %)
Edema ¹⁰	Muy frecuente	59 (17 %)	0
Reacción en la zona de inyección ¹¹	Muy frecuente	45 (13 %)	0
Escalofríos	Muy frecuente	39 (12 %)	1 (0,3 %)
Exploraciones complementarias			
Fibrinógeno disminuido	Muy frecuente	52 (15 %)	12 (3,5 %)
TTPa prolongado	Muy frecuente	49 (15 %)	0
Elevación de las transaminasas ¹²	Muy frecuente	48 (14 %)	12 (3,5 %)
INR elevada	Muy frecuente	47 (14 %)	1 (0,3 %)
Elevación de la gamma-glutamil transferasa	Muy frecuente	36 (11 %)	16 (4,7 %)

Las reacciones adversas se codifican utilizando la versión 24.0 de MedDRA.

‡ Según los CTCAE v4.03, el grado máximo de toxicidad para disgeusia es 2 y el grado máximo de toxicidad para boca seca es 3.

* Término genérico

Incluye desenlaces mortales

1 Hemorragia incluye: hemorragia conjuntival, epistaxis, hematoma, hematuria, hemorragia del tracto gastrointestinal inferior, hemorragia periorbitaria, petequias, hemorragia rectal, hematoma subdural y hemorragia vaginal.

2 Hipogammaglobulinemia incluye: hipogammaglobulinemia y/o pacientes con niveles analíticos de IgG inferiores a 500 mg/dl después del tratamiento con talquetamab.

3 Encefalopatía incluye: agitación, amnesia, afasia, bradifrenia, estado confusional, delirio, desorientación, encefalopatía, alucinación, letargo, deterioro de la memoria, inquietud, trastorno del sueño y somnolencia.

4 Disfunción motora incluye: disgrafía, disfonía, alteración de la marcha, espasmos musculares, debilidad muscular y temblor.

5 Neuropatía sensitiva incluye: disestesia, hipoestesia, hipoestesia oral, neuralgia, neuropatía sensitiva periférica, ciática y neuritis vestibular.

6 Disnea incluye: insuficiencia respiratoria aguda, disnea, disnea de esfuerzo, insuficiencia respiratoria y taquipnea.

7 Disgeusia incluye: agusia, disgeusia, hipogeusia y trastorno del gusto.

8 Estomatitis incluye: queratitis, glositis, glosodinia, ulceración de la boca, molestia oral, eritema de la mucosa oral, dolor oral, estomatitis, lengua hinchada, molestia en la lengua, eritema de la lengua, edema de la lengua y ulceración de la lengua.

9 Xerosis incluye: ojo seco, piel seca y xerosis.

10 Edema incluye: retención de líquidos, hinchazón gingival, hipervolemia, hinchazón articular, hinchazón de labio, edema, edema periférico, edema periorbitario, hinchazón periférica e hinchazón.

11 Reacción en la zona de inyección incluye: molestia en la zona de inyección, eritema en la zona de inyección, hemorragia en la zona de inyección, inflamación en la zona de inyección, irritación en la zona de inyección, placa en la zona de inyección, prurito en la zona de inyección, erupción en la zona de inyección y reacción en la zona de inyección.

12 Elevación de las transaminasas incluye: elevación de la alanina aminotransferasa, elevación de la aspartato aminotransferasa y elevación de las transaminasas.

Descripción de determinadas reacciones adversas

Síndrome de liberación de citocinas

En MonumentAL-1 (N = 339), el SLC se produjo en el 77 % de los pacientes. La mayoría de los casos fueron de grado 1 o 2, con acontecimientos de grado 3 en el 1,5 % de los pacientes. El treinta y uno por ciento (31 %) de los pacientes experimentaron más de un acontecimiento de SLC. La mayoría de acontecimientos se produjeron durante la fase de escalada de dosis después de la dosis de 0,01 mg/kg (29 %), la dosis de 0,06 mg/kg (44 %), la dosis de 0,3 mg/kg (para pacientes que recibieran una dosis quincenal [cada 2 semanas]; 33 %) o la dosis inicial de tratamiento (0,4 mg/kg [30 %] o 0,8 mg/kg [12 %]). En menos del 4 % de los pacientes los acontecimientos de SLC se produjeron a partir de la semana 5; todos los acontecimientos fueron de grado 1. La mediana del

tiempo transcurrido hasta la aparición del SLC fue de 27 horas desde la última dosis, el 91 % de los acontecimientos se produjeron en las 48 horas siguientes a la última dosis y la mediana de la duración fue de 17 horas. Se utilizaron tocilizumab, corticosteroides y tocilizumab en combinación con corticosteroides para tratar el SLC en el 39 %, el 5 % y el 3,5 % de los acontecimientos de SLC, respectivamente. Los signos y síntomas clínicos del SLC fueron, entre otros, pirexia (76 %), hipotensión (15 %), escalofríos (12 %), hipoxia (7 %), cefalea (4,7 %), taquicardia (5 %) y elevación de las transaminasas (aspartato aminotransferasa [1,5 %] y alanina aminotransferasa [0,9 %]).

Toxicidades neurológicas

En MonumentAL-1 (N = 339), se notificaron acontecimientos de toxicidad neurológica en el 29 % de los pacientes tratados con TALVEY. Los acontecimientos de toxicidad neurológica fueron de grado 1 (17 %), de grado 2 (11 %), de grado 3 (2,3 %) o de grado 4 (0,3 %). El acontecimiento de toxicidad neurológica notificado con mayor frecuencia fue la cefalea (9 %).

Los ICANS solo se registraron para la fase 2 de MonumentAL-1. De los 265 pacientes de la fase 2, el ICANS se produjo en el 9,8 % (n = 26) de los pacientes. La mayoría de los acontecimientos fueron de grado 1 o 2, con acontecimientos de grado 3 y 4 en el 2,3 % de los pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes del ICANS notificadas fueron estado confusional (3,8 %), desorientación (1,9 %), somnolencia (1,9 %) y nivel de consciencia disminuido (1,9 %). El sesenta y ocho por ciento (68 %) se produjeron de forma concomitante con el SLC (durante el acontecimiento o dentro de los 7 días posteriores a su resolución). El tres por ciento (3 %) de los pacientes experimentaron más de un acontecimiento de ICANS. Además, en MonumentAL-1 se notificó un acontecimiento de ICANS mortal. La mayoría de los pacientes experimentaron ICANS durante la fase de escalada de dosis después de la dosis de 0,01 mg/kg, la dosis de 0,06 mg/kg o la dosis inicial de tratamiento (0,4 mg/kg y 0,8 mg/kg) (3 % cada una). La mediana del tiempo transcurrido hasta la aparición del ICANS fue de 28 horas desde la última dosis, el 68 % de los acontecimientos se produjeron en las 48 horas siguientes a la última dosis, el 32 % de los acontecimientos se produjeron después de 48 horas, y la mediana de la duración del ICANS fue de 9 horas.

Toxicidad oral

En MonumentAL-1 (N = 339), el 78 % de los pacientes experimentaron acontecimientos de grado 1 o 2, y los de grado 3 se dieron en el 2 % de los pacientes. Se notificaron acontecimientos de toxicidad oral como disgeusia, sequedad de boca, disfagia y estomatitis.

Infecciones graves

En MonumentAL-1 (N = 339), se produjeron infecciones de grado 3 o 4 en el 19 % de los pacientes; se produjeron infecciones mortales en el 1,5 % de los pacientes: neumonía por COVID-19, sepsis por hongos, infección y shock séptico. La infección de grado 3 o 4 notificada con mayor frecuencia (≥ 2 %) fue la neumonía. Se observó neutropenia febril en el 1 % de los pacientes y el 1,2 % experimentó neutropenia febril grave. Ver la sección 4.4 para obtener orientación sobre la supervisión y el manejo.

Hipogammaglobulinemia

Se han notificado valores de IgG posteriores al inicio inferiores a 500 mg/dl congruentes con hipogammaglobulinemia en el 64 % de los pacientes tratados con talquetamab con la pauta posológica semanal de 0,4 mg/kg, en el 66 % de los pacientes con la pauta posológica quincenal de 0,8 mg/kg y en el 71 % de los pacientes con tratamiento previo redireccionador de linfocitos T (ver sección 4.4).

Reacciones cutáneas

En MonumentAL-1 (N = 339), la mayoría de los casos de erupción fueron de grado 1 o 2, con acontecimientos de grado 3 en el 3,5 % de los pacientes. La mediana del tiempo transcurrido hasta la aparición de la erupción desde la primera dosis del tratamiento fue de 22 días. La mayoría de las toxicidades cutáneas no eruptivas fueron de grado 1 o 2, con prurito de grado 3 en el 0,3 % de los pacientes. Los trastornos de las uñas se produjeron en el 56 % de los pacientes y fueron de grado 1 o 2. Ver la sección 4.4 para obtener orientación sobre el manejo.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

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

4.9 Sobredosis

Síntomas y signos

No se ha determinado la dosis máxima tolerada de talquetamab. En estudios clínicos, se han administrado dosis de hasta 1,2 mg/kg una vez cada 2 semanas y de 1,6 mg/kg una vez al mes.

Tratamiento

En caso de sobredosis, se debe monitorizar al paciente para detectar signos o síntomas de efectos adversos e instaurar el tratamiento sintomático apropiado inmediatamente.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Otros anticuerpos monoclonales y anticuerpos conjugados con fármaco, código ATC: L01FX29

Mecanismo de acción

Talquetamab es un anticuerpo biespecífico de inmunoglobulina G4 prolina, alanina, alanina (IgG4 PAA) dirigido contra GPRC5D y el receptor CD3 de los linfocitos T.

Talquetamab promueve una mayor citotoxicidad mediada por los linfocitos T mediante el reclutamiento de linfocitos T que expresan CD3 a células que expresan GPRC5D. Esto produce la activación de los linfocitos T e induce la posterior lisis de las células que expresan GPRC5D mediada por la perforina secretada y varias granzimas almacenadas en las vesículas secretoras de los linfocitos T citotóxicos. Basándose en la expresión de GPRC5D en las células plasmáticas con una expresión de mínima a nula detectada en los linfocitos B y en los precursores de los linfocitos B, talquetamab se dirige específicamente a las células del mieloma múltiple.

Efectos farmacodinámicos

Durante el primer mes de tratamiento con talquetamab, se observó la activación y redistribución de los linfocitos T y la inducción de las citocinas séricas.

Eficacia clínica y seguridad

La eficacia de TALVEY en monoterapia se evaluó en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario en un ensayo de un solo grupo, abierto y multicéntrico (MonumenTAL-1). El estudio incluía a pacientes que habían recibido al menos tres tratamientos previos, incluyendo un inhibidor del proteasoma, un agente inmunomodulador y un anticuerpo monoclonal anti-CD38. Se excluyeron del estudio los pacientes que habían recibido tratamiento redireccionador de linfocitos T en los últimos 3 meses, que habían experimentado SLC previo de grado 3 o superior relacionado con cualquier tratamiento redireccionador de linfocitos T, que habían recibido un trasplante alogénico de células madre en los últimos 6 meses, trasplante autólogo de células madre en un plazo de 3 meses, que habían sufrido un ictus o convulsiones en los últimos 6 meses, afectación del SNC o signos clínicos de afectación meníngea del mieloma múltiple, o leucemia de células plasmáticas, síndrome de POEMS,

amiloidosis primaria de cadenas ligeras y antecedentes activos o documentados de enfermedad autoinmune, a excepción del vitíligo, dermatitis atópica infantil resuelta y enfermedad de Grave previa que era eutiroides según los síntomas clínicos y las pruebas analíticas.

Los pacientes recibieron TALVEY 0,4 mg/kg por vía subcutánea semanalmente, tras dos dosis de escalada (0,01 y 0,06 mg/kg) en la primera semana de tratamiento, o TALVEY 0,8 mg/kg por vía subcutánea quincenalmente (cada 2 semanas), tras tres dosis de escalada (0,01, 0,06 y 0,3 mg/kg), hasta la progresión de la enfermedad o una toxicidad inaceptable. Los pacientes fueron hospitalizados para su monitorización durante al menos 48 horas después de cada administración de dosis de la fase de escalada de dosis de TALVEY.

De los 143 pacientes tratados con TALVEY 0,4 mg/kg semanales que no habían estado expuestos a un tratamiento previo redireccionador de linfocitos T, la mediana de edad era de 67 (rango: 46 a 86) años, el 55 % eran varones, el 90 % eran blancos y el 8 % negros o afroamericanos. Los pacientes habían recibido una mediana de 5 (rango: 2 a 13) tratamientos previos, y el 78 % de los pacientes habían recibido previamente un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH). El noventa y cuatro por ciento (94 %) de los pacientes fueron refractarios a su último tratamiento, y el 74 % refractarios a un inhibidor del proteasoma, a un agente inmunomodulador y a un anticuerpo anti-CD38. De los 132 pacientes de los que se disponía de datos citogenéticos iniciales, los factores citogenéticos de alto riesgo (presencia de t(4;14), t(14;16) y/o del(17p)) estaban presentes en el 31 % de los pacientes. El veintitrés por ciento (23 %) de los pacientes presentaban plasmocitomas extramedulares.

De los 145 pacientes tratados con TALVEY 0,8 mg/kg quincenales (cada dos semanas) que no habían estado expuestos a un tratamiento previo redireccionador de linfocitos T, la mediana de edad era de 67 (rango: 38 a 84) años, el 57 % eran varones, el 86 % eran blancos y el 6 % negros o afroamericanos. Los pacientes habían recibido una mediana de 5 (rango: 2 a 17) tratamientos previos, y el 79 % de los pacientes habían recibido previamente un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH). El noventa y cuatro por ciento (94 %) de los pacientes fueron refractarios a su último tratamiento, y el 69 % refractarios a un inhibidor del proteasoma, a un agente inmunomodulador y a un anticuerpo anti-CD38. De los 128 pacientes de los que se disponía de datos citogenéticos iniciales, los factores citogenéticos de alto riesgo (presencia de t(4;14), t(14;16) y/o del(17p)) estaban presentes en el 29 % de los pacientes. El veintiséis por ciento (26 %) de los pacientes presentaban plasmocitomas extramedulares.

Los resultados de la eficacia se basaron en la tasa de respuesta global, según lo determinado por la evaluación del Comité de Revisión Independiente utilizando los criterios del IMWG. La mediana de seguimiento de los pacientes tratados con TALVEY 0,4 mg/kg semanales fue de 18,8 meses; se estima que el 51,5 % de pacientes que respondieron al tratamiento mantuvieron la respuesta durante al menos 9 meses.

Tabla 8: Resultados de eficacia de MMY1001 (MonumenTAL-1) en pacientes tratados con TALVEY 0,4 mg/kg semanales

	0,4 mg/kg semanales ^a (N = 143)
Tasa de respuesta global (TRG = RCe+RC+MBRP+RP)	106 (74,1 %)
IC del 95 % (%)	(66,1; 81,1)
Respuesta completa estricta (RCe)	23,8 %
Respuesta completa (RC)	9,8 %
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	25,9 %
Respuesta parcial (RP)	14,7 %
Duración de la respuesta (DR)	
Número de pacientes que responden al tratamiento	106
Mediana de DR (IC del 95 %) (meses)	9,5 (6,7; 13,3)
Tiempo hasta la primera respuesta	
Número de pacientes que responden al tratamiento	106
Mediana (rango) (meses)	1,2 (0,2; 10,9)

Tasa de negatividad de la EMR ^a	
Tasa de negatividad de la EMR en todos los pacientes tratados, n (%)	44 (30,8 %)
IC del 95 % (%)	(23,3; 39,0)
Tasa de negatividad de la EMR ^b en pacientes que logran RC o RCe	
Número de pacientes con RC o mejor	N = 48
Tasa de negatividad de la EMR, n (%)	26 (54,2 %)
IC del 95 % (%)	(39,2; 68,6)

IC = intervalo de confianza; EMR = enfermedad mínima residual;

^a La tasa de negatividad de la EMR se define como la proporción de participantes que alcanzaron EMR negativa (a 10⁻⁴) en cualquier momento después de la dosis inicial y antes de la progresión de la enfermedad (PE) o del tratamiento posterior contra el mieloma.

^b Solo se tienen en cuenta las evaluaciones de la EMR (umbral de prueba de 10⁻⁴) en los 3 meses posteriores a la consecución de la RC/RCe hasta la muerte/progresión/tratamiento posterior (exclusivo).

La mediana de seguimiento de los pacientes tratados con TALVEY 0,8 mg/kg quincenales fue de 12,7 meses; se estima que el 76,3 % de pacientes que respondieron al tratamiento mantuvieron la respuesta durante al menos 9 meses.

Tabla 9: Resultados de eficacia de MMY1001 (MonumenTAL-1) en pacientes tratados con TALVEY 0,8 mg/kg quincenales (cada 2 semanas)

	0,8 mg/kg quincenales (cada 2 semanas) ^a (N = 145)
Tasa de respuesta global (TRG = RCe+RC+MBRP+RP)	104 (71,7 %)
IC del 95 % (%)	(63,7; 78,9)
Respuesta completa estricta (RCe)	29,7 %
Respuesta completa (RC)	9,0 %
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	22,1 %
Respuesta parcial (RP)	11,0 %
Duración de la respuesta (DR)	
Número de pacientes que responden al tratamiento	104
Mediana de DR (IC del 95 %) (meses)	NE (13,0; NE)
Tiempo hasta la primera respuesta	
Número de pacientes que responden al tratamiento	104
Mediana (rango) (meses)	1,3 (0,2; 9,2)
Tasa de negatividad de la EMR ^a	
Tasa de negatividad de la EMR en todos los pacientes tratados, n (%)	43 (29,7 %)
IC del 95 % (%)	(22,4; 37,8)
Tasa de negatividad de la EMR ^b en pacientes que logran RC o RCe	
Número de pacientes con RC o mejor	N = 56
Tasa de negatividad de la EMR, n (%)	24 (42,9 %)
IC del 95 % (%)	(29,7; 56,8)

IC = intervalo de confianza; EMR = enfermedad mínima residual; NE = no estimable.

^a La tasa de negatividad de la EMR se define como la proporción de participantes que alcanzaron EMR negativa (a 10⁻⁴) en cualquier momento después de la dosis inicial y antes de la progresión de la enfermedad (PE) o del tratamiento posterior contra el mieloma.

^b Solo se tienen en cuenta las evaluaciones de la EMR (umbral de prueba de 10⁻⁴) en los 3 meses posteriores a la consecución de la RC/RCe hasta la muerte/progresión/tratamiento posterior (exclusivo).

Los resultados de la TRG fueron consistentes en todos los subgrupos preespecificados, incluido el número de líneas previas de tratamiento, la refractariedad al tratamiento previo y el riesgo citogenético al inicio del estudio.

Inmunogenicidad

En el estudio MonumenTAL-1, se evaluó la presencia de anticuerpos frente a talquetamab en 363 pacientes tratados con monoterapia subcutánea con talquetamab a dosis de 0,4 mg/kg semanales o 0,8 mg/kg quincenales (cada 2 semanas), con o sin tratamiento previo redireccionador de linfocitos T. Tras el tratamiento con 0,4 mg/kg semanales o 0,8 mg/kg quincenales (cada 2 semanas), 130 de 363 pacientes (35,8 %) desarrollaron anticuerpos contra talquetamab. La incidencia de aparición de anticuerpos neutralizantes contra talquetamab durante el tratamiento fue del 18,2 % (66/363).

No se observó ningún efecto clínicamente significativo de los anticuerpos contra talquetamab en la farmacocinética, la seguridad ni la eficacia del talquetamab.

Población pediátrica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con TALVEY en todos los grupos de la población pediátrica en tratamiento de mieloma múltiple (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica).

Este medicamento se ha autorizado con una «aprobación condicional».

Esta modalidad de aprobación significa que se espera obtener más información sobre este medicamento.

La Agencia Europea de Medicamentos revisará la información nueva de este medicamento al menos una vez al año y esta ficha técnica o resumen de las características del producto (RCP) se actualizará cuando sea necesario.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Dosis semanal de 0,4 mg/kg

Talquetamab mostró una farmacocinética aproximadamente proporcional a la dosis tras la administración subcutánea en un rango de dosis de 0,005 a 0,8 mg/kg semanales (0,0125 a 2 veces la dosis semanal recomendada de 0,4 mg/kg). La proporción de acumulación media entre la 1ª y la 7ª dosis semanal de talquetamab de 0,4 mg/kg fue de 3,9 y 4,5 veces para la C_{max} y el AUC₀₋₂₄, respectivamente.

Los parámetros farmacocinéticos de talquetamab tras la 1ª y la 7ª dosis de mantenimiento semanal recomendada de 0,4 mg/kg se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10: Parámetros farmacocinéticos de talquetamab tras la primera y la séptima dosis de mantenimiento semanal recomendada (0,4 mg/kg) en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario en MonumenTAL-1

Parámetros farmacocinéticos	1ª dosis de 0,4 mg/kg	7ª dosis de 0,4 mg/kg
T _{max} (días)	2,93 (0,98 - 7,75) (n = 21)	2,01 (0,94 - 5,97) (n = 13)
C _{max} (ng/ml)	1 568 ± 1 185 (n = 21)	3 799 ± 2 411 (n = 13)
C _{valle} (ng/ml)	178 ± 124 (n = 19)	2 548 ± 1 308 (n = 13)
AUC ₀₋₂₄ (ng·h/ml)	178 101 ± 130 802 (n = 17)	607 297 ± 371 399 (n = 10)

T_{max} = Tiempo necesario para alcanzar la C_{max}; C_{max} = Concentración sérica máxima observada de talquetamab; C_{valle} = Concentración sérica observada de talquetamab antes de la siguiente dosis; AUC₀₋₂₄ = Área bajo la curva de concentración plasmática y tiempo durante el intervalo de administración semanal. Los datos se presentan como media ± desviación estándar, excepto para la T_{max} que se presenta como mediana (mínimo-máximo).

Dosis quincenal de 0,8 mg/kg

Talquetamab mostró una farmacocinética aproximadamente proporcional a la dosis tras la administración subcutánea en un rango de dosis de 0,8 a 1,2 mg/kg quincenales (1,0 a 1,5 veces la dosis quincenal recomendada de 0,8 mg/kg). La proporción de acumulación media entre la 1ª y la 5ª dosis quincenal de talquetamab de 0,8 mg/kg fue de 2,3 y 2,2 veces para la C_{max} y el AUC₀₋₂₄, respectivamente.

Los parámetros farmacocinéticos de talquetamab tras la 1ª y la 5ª dosis de mantenimiento quincenal recomendada de 0,8 mg/kg se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11: Parámetros farmacocinéticos de talquetamab tras la primera y la quinta dosis de mantenimiento quincenal (cada 2 semanas) recomendada (0,8 mg/kg) en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario en MonumenTAL-1

Parámetros farmacocinéticos	1ª dosis de 0,8 mg/kg	5ª dosis de 0,8 mg/kg
T _{max} (días)	2,83 (1,68 - 13,98) (n = 33)	2,85 (0,96 - 7,82) (n = 19)
C _{max} (ng/ml)	2 507 ± 1 568 (n = 33)	4 161 ± 2 021 (n = 19)
C _{valle} (ng/ml)	597 ± 437 (n = 32)	1 831 ± 841 (n = 17)
AUC ₀₋₂₄ (ng·h/ml)	675 764 ± 399 680 (n = 28)	1 021 059 ± 383 417 (n = 17)

T_{max} = Tiempo necesario para alcanzar la C_{max}; C_{max} = Concentración sérica máxima observada de talquetamab; C_{valle} = Concentración sérica observada de talquetamab antes de la siguiente dosis; AUC₀₋₂₄ = Área bajo la curva de concentración plasmática y tiempo durante el intervalo de administración de cada dos semanas (C25). Los datos se presentan como media ± desviación estándar, excepto para la T_{max}, que se presenta como mediana (mínimo-máximo).

Absorción

Según el modelo farmacocinético poblacional, el valor típico de biodisponibilidad de talquetamab fue del 62 % cuando se administró por vía subcutánea en relación con la administración intravenosa.

Con una pauta posológica semanal de 0,4 mg/kg, la mediana (rango) del T_{max} de talquetamab tras la 1ª y la 7ª dosis de tratamiento fue de 3 (1 a 8) días y 2 (1 a 6) días, respectivamente.

Con una pauta posológica quincenal (cada 2 semanas) de 0,8 mg/kg, la mediana (rango) del T_{max} de talquetamab tras la 1ª y la 5ª dosis de tratamiento fue de 3 (2 a 14) días y 3 (1 a 8) días, respectivamente.

Distribución

Según el modelo farmacocinético poblacional, el valor típico del volumen de distribución fue de 4,3 l (CV [coeficiente de variación] del 22 %) para el compartimento central, y de 5,8 l (CV del 83 %) para el compartimento periférico.

Eliminación

Talquetamab mostró un aclaramiento independiente y dependiente del tiempo lineal. Según el modelo farmacocinético poblacional y los parámetros post hoc de los participantes que recibieron dosis s.c. (N = 392), la mediana del aclaramiento total es de 1,64 l/día en el tratamiento inicial y de 0,80 l/día en el estado de equilibrio. El aclaramiento dependiente del tiempo representó el 48,8 % del aclaramiento total en el tratamiento inicial y luego disminuyó exponencialmente hasta < 5 % en torno a la semana 16. El perfil de concentración-tiempo en la semana 16 alcanzaría el 90 % de la concentración en estado de equilibrio tanto para la pauta posológica semanal de 0,4 mg/kg como la quincenal de 0,8 mg/kg. La mediana de la semivida en fase terminal fue de 7,56 días en el tratamiento inicial y de 12,2 días en estado de equilibrio.

Poblaciones especiales

El análisis farmacocinético incluye un 86 % de participantes de raza blanca (n = 424), un 9 % de raza negra (n = 43), un 2,2 % de raza asiática (n = 11) y un 2,8 % de otras razas (n = 14). Según el análisis farmacocinético poblacional, la raza o etnia, el sexo y el peso corporal (rango: 40 a 143 kg) no tuvieron efectos clínicamente significativos sobre la farmacocinética de talquetamab.

Población pediátrica

No se ha investigado la farmacocinética de TALVEY en pacientes pediátricos de 17 años de edad y menos.

Personas de edad avanzada

Los resultados de los análisis de la farmacocinética poblacional indican que la edad (33 a 86 años de edad) no influyó en la farmacocinética de talquetamab. Solo se disponía de datos limitados de pacientes de ≥ 85 años (ver Tabla 12).

Tabla 12: Proporción de pacientes de edad avanzada en los estudios farmacocinéticos (FC) de talquetamab

	Edad 65-74 (Número de personas mayores/número total)	Edad 75-84 (Número de personas mayores/número total)	Edad +85 (Número de personas mayores/número total)
Estudios de FC	181/492	73/492	1/492

Insuficiencia renal

No se han realizado estudios formales de talquetamab en pacientes con insuficiencia renal. Los resultados de los análisis de la farmacocinética poblacional indican que la insuficiencia renal leve (60 ml/min ≤ tasa de filtración glomerular estimada (TFG) < 90 ml/min) o moderada (30 ml/min ≤ TFG absoluta < 60 ml/min) no influyeron significativamente en la farmacocinética de talquetamab. No se dispone de datos de pacientes con insuficiencia renal grave.

Insuficiencia hepática

No se han realizado estudios formales de talquetamab en pacientes con insuficiencia hepática. Utilizando la clasificación del NCI, los resultados de los análisis de farmacocinética poblacional indican que la insuficiencia hepática leve (bilirrubina total > 1 a 1,5 veces el límite superior de la normalidad [LSN] y aspartato aminotransferasa [AST] o bilirrubina total ≤ LSN y AST > LSN) no influyó de forma significativa en la farmacocinética de talquetamab. Se dispone de datos limitados (n = 2) de participantes con insuficiencia hepática moderada mientras que no se dispone de datos en participantes con insuficiencia hepática grave.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Una molécula herramienta fue bien tolerada en estudios de toxicidad general en monos cynomolgus, pero los resultados de estos estudios realizados con monos sanos son poco extrapolables a pacientes con mieloma múltiple.

Carcinogenicidad y mutagenicidad

No se han realizado estudios en animales para evaluar el potencial carcinogénico o genotóxico de talquetamab.

Toxicología reproductiva y fertilidad

No se han realizado estudios en animales para evaluar los efectos de talquetamab en la reproducción y el desarrollo fetal. No se han realizado estudios para evaluar los efectos de talquetamab en la fertilidad.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Sal disódica dihidratada EDTA
Ácido acético glacial (E260)
Polisorbato 20 (E432)
Acetato de sodio trihidrato

Sacarosa
Agua para preparaciones inyectables

6.2 Incompatibilidades

En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros.

6.3 Período de validez

Vial sin abrir

3 años

Jeringa preparada

Se ha demostrado la estabilidad química y física en uso hasta 24 horas a una temperatura de 2 a 8 °C, seguida de hasta 24 horas a una temperatura de 15 °C a 30 °C.

Desde un punto de vista microbiológico, el producto debe utilizarse inmediatamente. Si no se utiliza inmediatamente, los tiempos de conservación en uso y las condiciones previas al uso son responsabilidad del usuario y normalmente no serán superiores a 24 horas a una temperatura de 2 a 8 °C, a menos que la preparación se haya realizado en condiciones asepticas controladas y validadas. Desechar si se conserva más de 24 horas refrigerado o más de 24 horas a temperatura ambiente.

La jeringa preparada debe guardarse protegida de la luz.

6.4 Precauciones especiales de conservación

Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C).

No congelar.

Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz.

Para las condiciones de conservación tras la apertura del medicamento, ver sección 6.3.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

TALVEY 2 mg/ml solución inyectable

Solución inyectable de 1,5 ml en un vial de vidrio de tipo 1 con tapón elastomérico y precinto de aluminio con tapón desprendible color verde claro que contiene 3 mg de talquetamab.

Envase de 1 vial.

TALVEY 40 mg/ml solución inyectable

Solución inyectable de 1 ml en un vial de vidrio de tipo 1 con tapón elastomérico y precinto de aluminio con tapón desprendible color violeta que contiene 40 mg de talquetamab.

Envase de 1 vial.

Presentaciones y precios:

TALVEY 2 mg/ml solución inyectable, vial de 1,5 ml: Precio industrial notificado: PVL: 1.270,00 €;

PVP: 1.325,91 €; PVP IVA: 1.378,95 €.

TALVEY 40 mg/ml solución inyectable, vial de 1 ml: Precio industrial notificado: PVL: 5.080,00 €;

PVP: 5.135,91 €; PVP IVA: 5.341,35 €.

Condiciones de prescripción y dispensación: Con receta médica. Uso hospitalario.

6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Los viales de TALVEY se suministran como solución inyectable lista para usar que no necesita dilución antes de ser administrada.

No se deben combinar viales de TALVEY de diferentes concentraciones para obtener la dosis de tratamiento.

Para preparar y administrar TALVEY se debe utilizar una técnica aseptica.

Preparación de TALVEY

- Consulte las siguientes tablas de referencia para la preparación de TALVEY.
 - Utilice la Tabla 13 para determinar la dosis total, el volumen de inyección y el número de viales necesarios en función del peso corporal actual del paciente para la dosis de 0,01 mg/kg utilizando el vial de TALVEY 2 mg/ml.

Tabla 13: Volúmenes de inyección con el vial de TALVEY 3 mg/1,5 ml (2 mg/ml) para la dosis de escalada 1 (0,01 mg/kg)

	Peso corporal (kg)	Dosis total ^a (mg)	Volumen de inyección (ml)	Número de viales (1 vial = 1,5 ml)
Dosis de 0,01 mg/kg	35 a 39	0,38	0,19	1
	40 a 45	0,42	0,21	1
	46 a 55	0,5	0,25	1
	56 a 65	0,6	0,3	1
	66 a 75	0,7	0,35	1
	76 a 85	0,8	0,4	1
	86 a 95	0,9	0,45	1
	96 a 105	1,0	0,5	1
	106 a 115	1,1	0,55	1
	116 a 125	1,2	0,6	1
	126 a 135	1,3	0,65	1
	136 a 145	1,4	0,7	1
	146 a 155	1,5	0,75	1
	156 a 160	1,6	0,8	1

^a La dosis total (mg) se calcula en función del volumen de inyección redondeando (ml)

- Utilice la Tabla 14 para determinar la dosis total, el volumen de inyección y el número de viales necesarios en función del peso corporal actual del paciente para la dosis de 0,06 mg/kg utilizando el vial de TALVEY 2 mg/ml.

Tabla 14: Volúmenes de inyección con el vial de TALVEY 3 mg/1,5 ml (2 mg/ml) para la dosis de escalada 2 (0,06 mg/kg)

	Peso corporal (kg)	Dosis total ^a (mg)	Volumen de inyección (ml)	Número de viales (1 vial = 1,5 ml)
Dosis de 0,06 mg/kg	35 a 39	2,2	1,1	1
	40 a 45	2,6	1,3	1
	46 a 55	3	1,5	1
	56 a 65	3,6	1,8	2
	66 a 75	4,2	2,1	2
	76 a 85	4,8	2,4	2
	86 a 95	5,4	2,7	2
	96 a 105	6	3	2
	106 a 115	6,6	3,3	3
	116 a 125	7,2	3,6	3
	126 a 135	7,8	3,9	3
	136 a 145	8,4	4,2	3
	146 a 155	9	4,5	3
	156 a 160	9,6	4,8	4

^a La dosis total (mg) se calcula en función del volumen de inyección redondeado (ml)

- Utilice la Tabla 15 para determinar la dosis total, el volumen de inyección y el número de viales necesarios en función del peso corporal actual del paciente para la dosis de 0,4 mg/kg utilizando el vial de TALVEY 40 mg/ml.

Tabla 15: Volúmenes de inyección con el vial de TALVEY 40 mg/ml para la dosis de escalada 3 (0,4 mg/kg) y la fase de tratamiento (0,4 mg/kg) para la pauta posológica semanal

	Peso corporal (kg)	Dosis total ^a (mg)	Volumen de inyección (ml)	Número de viales (1 vial = 1,0 ml)
Dosis de 0,4 mg/kg	35 a 39	14,8	0,37	1
	40 a 45	16	0,4	1
	46 a 55	20	0,5	1
	56 a 65	24	0,6	1
	66 a 75	28	0,7	1
	76 a 85	32	0,8	1
	86 a 95	36	0,9	1
	96 a 105	40	1	1
	106 a 115	44	1,1	2
	116 a 125	48	1,2	2
	126 a 135	52	1,3	2
	136 a 145	56	1,4	2
	146 a 155	60	1,5	2
	156 a 160	64	1,6	2

^a La dosis total (mg) se calcula en función del volumen de inyección redondeado (ml)

- Utilice la Tabla 16 para determinar la dosis total, el volumen de inyección y el número de viales necesarios en función del peso corporal actual del paciente para la dosis de 0,8 mg/kg utilizando el vial de TALVEY 40 mg/ml.

Tabla 16: Volúmenes de inyección con el vial de TALVEY 40 mg/ml para la fase de tratamiento (0,8 mg/kg) para la pauta posológica quincenal

	Peso corporal (kg)	Dosis total ^a (mg)	Volumen de inyección (ml)	Número de viales (1 vial = 1,0 ml)
Dosis de 0,8 mg/kg	35 a 39	29,6	0,74	1
	40 a 45	34	0,85	1
	46 a 55	40	1	1
	56 a 65	48	1,2	2
	66 a 75	56	1,4	2
	76 a 85	64	1,6	2
	86 a 95	72	1,8	2
	96 a 105	80	2	2
	106 a 115	88	2,2	3
	116 a 125	96	2,4	3
	126 a 135	104	2,6	3
	136 a 145	112	2,8	3
	146 a 155	120	3	3
	156 a 160	128	3,2	4

^a La dosis total (mg) se calcula en función del volumen de inyección redondeado (ml)

- Compruebe que la solución inyectable de TALVEY sea de incolora a amarillo claro. No la utilice si la solución está descolorida, turbia, o si hay partículas extrañas.
- Saque el vial de TALVEY de la concentración correspondiente del almacenamiento refrigerado (2 °C a 8 °C) y equilibrelo a temperatura ambiente (15 °C a 30 °C) durante al menos 15 minutos. No caliente el vial de TALVEY de ninguna otra forma.
- Una vez equilibrado, mueva suavemente el vial durante aproximadamente 10 segundos para mezclarlo. No agitar.
- Extraiga el volumen de inyección requerido de TALVEY del (de los) vial(es) en una jeringa de tamaño adecuado usando una aguja de transferencia.
 - Cada volumen de inyección no debe superar los 2,0 ml. Divida las dosis que requieran más de 2,0 ml de forma equitativa en varias jeringas.
- TALVEY es compatible con agujas de inyección de acero inoxidable y material de jeringas de polipropileno o policarbonato.
- Sustituya la aguja de transferencia por otra de tamaño adecuado para la inyección.
- Si la jeringa preparada se guarda en la nevera, permita que la solución alcance la temperatura ambiente antes de la administración.
- La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Janssen-Cilag International NV
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse
Bélgica

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/23/1748/001 (2 mg/ml)
EU/1/23/1748/002 (40 mg/ml)

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

Fecha de la primera autorización: 21/Agosto/2023

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

10/2025

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <https://www.ema.europa.eu>

***Financiación aprobada por el SNS para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario, que han recibido al menos 3 líneas de tratamiento previas, incluyendo un IMiD, un IP y un Ac anti-CD38, y han presentado progresión de la enfermedad al último tratamiento, que deberán cumplir los siguientes requisitos: Diagnóstico documentado de mieloma múltiple según los criterios diagnósticos del IMWG, edad $\geq$ 18 años, haber recibido como parte de los tratamientos previos un IP, un IMiD y un anticuerpo anti-CD38, haber presentado progresión de la enfermedad al último tratamiento y tener buen estado funcional ECOG 0-1**