clinical cases DDIs

Fecha del informe 16 Sep 2019

Interacción del caso reportado entre **Bictegravir** y **Eslicarbazepine**

Fármacos implicados

Víctima
Bictegravir

Dosis Diaria
50 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
9 de junio de 2019

Fecha de finalización
En curso

Causante
Eslicarbazepine

Dosis Diaria
1200 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
1 de enero de 2015

Fecha de finalización
En curso

Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir-AF

Lista completa de todos los medicamentos que toma el paciente, incluidos los implicados en la interacción

levetiracetam, zonisamide and eslicarbazepine (daily dose 1200 mg)

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Masculino

Edad

41

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Paciente de 41 años con infección por VIH diagnosticada en 2013. Epilepsia refractaria en tratamiento con levetiracetam, zonisamida y eslicarbazepina (dosis diaria de 1200 mg) desde 2015. Tratamiento antirretroviral con raltegravir (400 mg dos veces al día), FTC/TDF desde 2013. Cambio a BIC/FTC/TAF en junio de 2019 para simplificar el régimen antirretroviral. A pesar del potencial de bajas concentraciones de raltegravir y bictegravir debido a la inducción de CYP3A4 y UGT1A1 por eslicarbazepina, el paciente ha mantenido una carga viral indetectable (< 40 copias/mL) desde octubre de 2013 (un mes después de comenzar la terapia antirretroviral).

Resultado clínico

No resultado indeseado

Comentario del comité editorial

La eslicarbazepina es un inductor débil de CYP3A4 y reduce las concentraciones de levonorgestrel, etinilestradiol, rosuvastatina y simvastatina en un 40-50%. Aunque no se ha estudiado, las concentraciones de BIC (eliminado a través de CYP3A4 y glucuronidación) podrían reducirse moderadamente como consecuencia de esta interacción medicamentosa (probablemente en mayor grado que RAL, eliminado a través de glucuronidación). Dada la naturaleza refractaria de la epilepsia de este paciente, el control de las convulsiones es una prioridad, y suponiendo que no haya resistencia viral o problemas de tolerabilidad, el tratamiento del VIH podría ser adaptado en función de sus medicamentos antiepilépticos. Con la supresión virológica duradera observada, y en ausencia de otras interacciones medicamentosas o fallos previos del integrasa, parecería razonable continuar con esta combinación, bajo monitoreo de la carga viral.

Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí