clinical cases DDIs

Fecha del informe 14 Feb 2020

Interacción del caso reportado entre **Ritonavir** y **Fluticasone**

Fármacos implicados

Causante
Ritonavir

Dosis Diaria
200 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
1 de enero de 2010

Fecha de finalización
En curso

Víctima
Fluticasone

Dosis Diaria
500 (mcg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Inhaled

Fecha de inicio
1 de enero de 2008

Fecha de finalización
Desconocido

Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Lopinavir/ritonavir
Lamivudine
Abacavir

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

Fluticasone, salbutamol

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Masculino

Edad

48

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Un hombre de 48 años se presentó a la clínica de VIH para un chequeo de rutina. Estaba recibiendo tratamiento antirretroviral con lamivudina más abacavir y lopinavir/ritonavir. El paciente también tomaba 200 µg de salbutamol inhalado según fuera necesario y 100 µg de beclometasona inhalada dos veces al día para su asma bronquial. En 2008, la beclometasona fue sustituida por 250 µg de propionato de fluticasona inhalado dos veces al día. El paciente informó de una historia de pérdida de peso, debilidad generalizada y fatiga durante dos meses. Sus signos vitales eran normales excepto por una presión arterial baja (90/60 mmHg). Los resultados del examen no mostraron signos de síndrome de Cushing o lipodistrofia. En el inicio, sus niveles de cortisol

sérico matutino fueron de 7 nmol/L (rango normal: 200–550 nmol/L) en dos ocasiones y su nivel de hormona adrenocorticotropa plasmática (ACTH) fue de 5.4 pg/mL (rango normal: 7–50 pg/mL). Una hora después de administrar 250 µg de ACTH sintética, su nivel de cortisol aumentó a 71 nmol/L. Se hizo un diagnóstico de insuficiencia suprarrenal secundaria. La administración de propionato de fluticasona inhalado se detuvo de inmediato y en su lugar se recetaron 20 mg de hidrocortisona oral en dos dosis divididas al día. Dentro de las cuatro semanas, los síntomas de debilidad y fatiga mejoraron drásticamente; además, los síntomas del asma no empeoraron y el paciente continuó usando 200 µg de salbutamol inhalado según fuera necesario. Después de retirar la fluticasona, los niveles de cortisol basal fueron de 136 nmol/L y 317 nmol/L a los 8 y 11 meses, respectivamente. Su nivel de ACTH fue de 43.1 pg/mL a los 11 meses. Después de un período de un año, la dosis de hidrocortisona se redujo con éxito durante un período de tres meses. Este caso fue publicado en Sultan Qaboos Univ Med J. 2017 Aug;17(3):e339-e342. doi: 10.18295/squmj. 2017.17.03.014. Por Al-Maqbali A et al.

Resultado clínico

Toxicidad

Escala de Probabilidad de Interacción con Medicamentos (DIPS)

Puntuación

7 - Probable

Comentario del comité editorial

El uso concomitante de lopinavir/ritonavir y glucocorticoides metabolizados por CYP3A4 no se recomienda a menos que el beneficio potencial del tratamiento supere el riesgo de efectos sistémicos de los corticosteroides, incluyendo el síndrome de Cushing y la supresión suprarrenal. Se han reportado efectos sistémicos de corticosteroides en pacientes que reciben ritonavir y fluticasona propionato inhalada o administrada por vía intranasal. Se debe considerar una reducción de la dosis del glucocorticoide con un monitoreo cercano de los efectos locales y sistémicos o un cambio a un glucocorticoide que no sea sustrato de CYP3A4 (por ejemplo, beclometasona). Además, en caso de retirada de glucocorticoides, puede ser necesario realizar una reducción progresiva de la dosis durante un período más prolongado.

Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí