Fecha del informe 02 Sep 2021

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

## Fármacos implicados

Causante
**Ritonavir**

Dosis Diaria
100 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
Desconocido

Fecha de finalización
Desconocido

Víctima
**Fluticasone**

Dosis Diaria
110 (mcg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Inhaled

Fecha de inicio
Desconocido

Fecha de finalización
Desconocido

## Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Darunavir (with Ritonavir or Cobicistat)
Raltegravir

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

fluticasone aerosol 110 mcg 2x/d fluticasone nasal spray 50 mcg 2 spray in each nostril once daily

## Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Femenino

Edad

45

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Mujer afroamericana de 45 años con VIH fue vista para evaluar un bocio. La paciente presentaba un aspecto cushingoide. Su historial médico incluía asma, hipertensión y apnea obstructiva del sueño. El cuadro clínico de la paciente era compatible con un síndrome de Cushing. También se estableció un diagnóstico de insuficiencia suprarrenal. Se inició tratamiento con hidrocortisona (10 mg dos veces al día) y se suspendió el fluticasona (en aerosol y spray nasal) debido a la sospecha de interacción medicamentosa con darunavir/ritonavir. Los síntomas del síndrome de Cushing mejoraron durante varios meses después de suspender la fluticasona. Una prueba de estimulación del ACTH fue normal, lo que indicaba la recuperación de la función suprarrenal. Sin

embargo, la paciente desarrolló hipercalcemia no mediada por PTH. Una densitometría ósea mostró osteopenia. Mientras la etiología de la hipercalcemia permanecía poco clara, la paciente desarrolló nuevos síntomas de dolor de cadera. Las resonancias magnéticas de ambas caderas revelaron necrosis avascular bilateral de la cadera derecha, lo que requirió reemplazo de cadera. Dado que la paciente desarrolló hipercalcemia no mediada por PTH después de que la función suprarrenal volviera a la normalidad, se consideró que la hipercalcemia secundaria era debido a la necrosis avascular. El calcio sérico se normalizó en los meses siguientes y tanto el síndrome de Cushing como la insuficiencia suprarrenal se resolvieron. La hipercalcemia no mediada por PTH y la necrosis avascular de la cadera probablemente fueron complicaciones del síndrome de Cushing iatrogénico causado por la interacción entre darunavir/ritonavir y fluticasona. Este caso ha sido publicado por Kant R et al. en Cureus 2020; 12(8):e9644.

## Resultado clínico

## Toxicidad

## Escala de Probabilidad de Interacción con Medicamentos (DIPS)

Puntuación

**8 - Probable**

## Comentario del comité editorial

La coadministración de darunavir/ritonavir y fluticasona no está recomendada a menos que el beneficio potencial del tratamiento supere el riesgo de los efectos sistémicos de los corticosteroides. Se han reportado efectos sistémicos de los corticosteroides, incluyendo el síndrome de Cushing y la supresión suprarrenal, en pacientes que reciben ritonavir y fluticasona administrada por inhalación o intranasalmente; esto también podría ocurrir con otros corticosteroides metabolizados a través de la vía del P450 3A, por ejemplo, budesonida. Debería considerarse 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 largo.

## Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí