clinical cases DDIs

Fecha del informe 23 Sep 2025

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

Fármacos implicados

Víctima
Bictegravir

Dosis Diaria
50 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
4 de junio de 2025

Fecha de finalización
En curso

Causante
Rifabutin

Dosis Diaria
300 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
19 de junio de 2025

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

Rifabutin 300 mg
Pyrazinamide 1500 mg
Moxifloxacine 400 mg
Ethambutol 1200 mg
Haloperidol (2 mg/mL) 10 drops x 2
Cotrimozaxole every other day
Subcutaneous insulin: rapid (8 + 16 + 16 units) and slow (35 units at night)

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Femenino

Edad

72

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Una mujer de 72 años fue ingresada por tuberculosis diseminada resistente a isoniacida. Sus antecedentes médicos incluían hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2 e infección por VIH diagnosticada aproximadamente siete años antes. Había interrumpido el tratamiento antirretroviral (TAR) en múltiples ocasiones debido a barreras culturales y psicológicas para aceptar el diagnóstico y el tratamiento. Al ingreso, presentaba un ARN-VIH de 3810 copias/mL y un recuento de CD4 de 181 células/mm³.

Se inició tratamiento antituberculoso con rifampicina, etambutol, pirazinamida y moxifloxacino. Tras dos semanas, se recomendó reanudar el TAR, pero la paciente inicialmente se negó. Después de una consulta etnopsicológica, aceptó reiniciar el TAR con la condición de no superar dos comprimidos al día. Se inició tenofovir alafenamida/emtricitabina/bictegravir (B/F/TAF), administrado dos veces al día.

Después de una semana, la concentración valle de bictegravir fue de 67 ng/mL, marcadamente inferior a lo esperado. Al ser reevaluada, la paciente admitió estar tomando solo un comprimido al día. Rechazó tanto la pauta de dos veces al día como el cambio a dolutegravir en dosis doble.

Ante estas limitaciones, se mantuvo B/F/TAF y se sustituyó rifampicina por rifabutina (300 mg/día). Tras dos semanas, las concentraciones valle de bictegravir alcanzaron niveles terapéuticos (2360 ng/mL). La paciente continuó con rifabutina, pirazinamida, etambutol, moxifloxacino y B/F/TAF. A los tres meses, el ARN-VIH era indetectable y el recuento de CD4 había aumentado a 356 células/mm³.

Resultado clínico

No resultado indeseado

Comentario del comité editorial

Este es un caso interesante. Se espera una interacción significativa porque la rifabutina reduce las concentraciones valle de bictegravir (BIC), aunque la relevancia clínica sigue siendo incierta. Donde la monitorización terapéutica de

fármacos (TDM) está disponible, estos datos apoyan el uso una vez al día de B/F/TAF en pacientes complejos como este.
La rifampicina es un inductor potente de CYP3A4 y UGT1A1, lo que produce una reducción marcada de la exposición a bictegravir y un alto riesgo de fracaso virológico cuando se coadministra con B/F/TAF. La estrategia de administrar B/F/TAF dos veces al día junto con rifampicina es fuera de indicación, respaldada por evidencia limitada, con eficacia incierta y posibles problemas de seguridad. En este caso, las concentraciones subterapéuticas de bictegravir confirmaron dicho riesgo. Una alternativa recogida en guías es la administración de dolutegravir en dosis doble, aunque también plantea desafíos como farmacocinética variable, intolerancia gastrointestinal y menor adherencia.
Aunque la coadministracioón de B/F/TAF y rifabutina no está recomendad, el cambio de rifampicina a rifabutina se podría considerar una opción más segura, dado que la rifabutina es un inductor más débil y permite alcanzar concentraciones terapéuticas de bictegravir, aunque requiere monitorización por toxicidad hematológica y posibles interacciones farmacológicas.
Este caso resalta varios puntos clave: la importancia clínica de los efectos de inducción sobre los inhibidores de la integrasa, las limitaciones de las estrategias de ajuste posológico no validadas y la utilidad del TDM para guiar decisiones individualizadas de tratamiento. Un seguimiento prolongado con monitorización farmacocinética y virológica será esencial para validar más ampliamente este enfoque.

Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí

Información sobre la persona que notifica este caso

Nombre
Andrea

Apellido/s
Calcagno

Institución
University of Torino

País
IT

Other authors

Nombre
Marco

Apellido/s
Mussa

Institución
ASL "Città di Torino", Turin, Italy

Nombre
Roberto

Apellido/s
Angilletta

Institución
ASL "Città di Torino", Turin, Italy