



Fecha del informe 23 Sep 2025

## Interacción del caso reportado entre **Darunavir** y **Eslicarbazepine**

### Fármacos implicados

Víctima  
**Darunavir**

Dosis Diaria  
800 (mg)

Ajuste de dosis realizado  
No

Vía de administración del fármaco  
Oral

Fecha de inicio  
2 de julio 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  
25 de abril de 2019

Fecha de finalización  
En curso

## Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Darunavir/Cobicistat/Emtricitabine/Tenofovir-AF

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

Eslicarbazepine, Atorvastatin

## Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Masculino

Edad

43

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Varón de 43 años diagnosticado de infección por VIH en 2013. El tratamiento antirretroviral (TAR) se inició en octubre de 2013 con darunavir/ritonavir (DRV/r) más emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF), debido a resistencia transmitida a los NNRTI. El recuento nadir de CD4 fue de 990 células/mm<sup>3</sup> y la carga viral plasmática del VIH se ha mantenido por debajo del límite de cuantificación desde enero de 2014, sin blips.

En julio de 2014, el TAR se cambió a elvitegravir/cobicistat/FTC/TDF, y en marzo de 2017 a elvitegravir/cobicistat/FTC/TAF. En abril de 2019, el paciente fue diagnosticado de epilepsia parcial compleja e inició tratamiento con eslicarbazepina, prescrita por un neurólogo. La dosis inicial fue de 400 mg diarios, con incremento progresivo hasta 1200 mg diarios.

La eslicarbazepina es un inductor débil a moderado de las enzimas CYP3A4 y UGT, lo que puede reducir las concentraciones plasmáticas tanto de los inhibidores de la integrasa como de los inhibidores de la proteasa potenciados con cobicistat. Teniendo en cuenta la alta barrera genética a la resistencia de DRV/cobicistat (DRV/cobi) y que DRV/cobi no se metaboliza por UGT, en julio de 2019 se cambió el TAR a DRV/cobi/FTC/TAF.

Tras seis años de coadministración, ambos tratamientos han sido bien tolerados. La epilepsia permanece bien controlada y la supresión virológica se ha mantenido sin rebote.

## Resultado clínico

**No resultado indeseado**

## Comentario del comité editorial

La eslicarbazepina es un inductor débil a moderado de CYP3A4 y UGT. En comparación con la carbamazepina, presenta un perfil de seguridad más favorable y un menor potencial inductor. Su capacidad inductora puede acelerar el metabolismo de los antirretrovirales, en particular de los inhibidores de la integrasa metabolizados por UGT1A1 y de los sustratos de CYP3A4. Aunque esta interacción no ha sido estudiada de forma sistemática, la coadministración de eslicarbazepina con darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida (DRV/cobi/FTC/TAF) podría reducir de forma teórica las concentraciones de darunavir y cobicistat, comprometiendo su eficacia y aumentando el riesgo de resistencia.

En este caso, sin embargo, el paciente mantuvo una supresión virológica duradera y un control estable de las crisis epilépticas, sin resultados adversos tras seis años de tratamiento concomitante. Estos hallazgos sugieren que un TAR basado en DRV/cobi puede ser una opción viable en pacientes que requieren eslicarbazepina a dosis altas.

## Recomendación Universidad de Liverpool

- Potencial interacción clínicamente relevante - puede ser necesario una monitorización estrecha o un ajuste de la dosis a administrar

Para más información [clic aquí](#)

### Información sobre la persona que notifica este caso

Nombre	Apellido/s
Arkaitz	Imaz
Institución	País
Bellvitge University Hospital	ES