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/mm³ 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
Arkaitz

Apellido/s
Imaz

Institución
Bellvitge University Hospital

País
ES