Fecha del informe 17 Mar 2026

Interacción del caso reportado entre **Etravirine** y **Dolutegravir**

Fármacos implicados

Causante
Etravirine

Dosis Diaria
400 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
1 de enero de 2016

Fecha de finalización
En curso

Víctima
Dolutegravir

Dosis Diaria
50 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
1 de enero de 2016

Fecha de finalización
En curso

Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Etravirine
Lamivudine
Dolutegravir

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

Belatacept 450 mg monthly, prednisone 4 mg daily, mycophenolate sodium 1080 mg daily

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Masculino

Edad

53

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Un hombre de 53 años con infección por VIH diagnosticada a los 23 años, con antecedente de fracaso virológico, estaba en tratamiento antirretroviral con dolutegravir 50 mg una vez al día, lamivudina 300 mg una vez al día y etravirina 200 mg dos veces al día. Este régimen se había iniciado tras un fracaso virológico previo; sin embargo, no se disponía en la historia clínica de información detallada sobre tratamientos antirretrovirales previos, número de regímenes anteriores ni resultados de pruebas de resistencia en el momento de inicio del seguimiento en nuestro centro.

En 2017, el paciente fue sometido a un trasplante renal y continuó con el mismo tratamiento antirretroviral en combinación con terapia inmunosupresora que incluía

belatacept 450 mg mensual, prednisona 4 mg una vez al día y micofenolato sódico 1080 mg una vez al día.
A pesar de la posible interacción farmacológica entre dolutegravir y etravirina, el paciente ha mantenido supresión virológica sostenida sin efectos adversos reportados. Por ello, se consideró clínicamente apropiado continuar con el régimen actual. Doravirina no estaba disponible en el sistema público de salud en Argentina, por lo que no se consideró una alternativa viable.
La etravirina disminuye la exposición plasmática de dolutegravir mediante la inducción de las enzimas UGT1A1 y CYP3A. Las guías actuales recomiendan evitar la combinación de dolutegravir y etravirina, salvo que se coadministre con un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir o, alternativamente, aumentar la dosis de dolutegravir a 50 mg dos veces al día en pacientes sin resistencia a inhibidores de la integrasa. A pesar de estas recomendaciones, el régimen se mantuvo debido a la supresión virológica sostenida, la ausencia de efectos adversos y las limitadas opciones terapéuticas.

Resultado clínico

No resultado indeseado

Comentario del comité editorial

Dado el creciente número de trasplantes de órganos sólidos en personas que viven con VIH (PWH), este caso resulta relevante. En muchos países, además, se está

implementando la donación de órganos entre personas con VIH, lo que incrementa aún más el número de trasplantes.
La coadministración de etravirina sin un inhibidor de la proteasa potenciado reduce la exposición a dolutegravir, con disminuciones del AUC, C_max y C_valle del 71%, 52% y 88%, respectivamente, debido a la inducción de las enzimas UGT1A1 y CYP3A. Por ello, la coadministración de dolutegravir con etravirina en ausencia de un inhibidor de la proteasa potenciado no está recomendada (ficha técnica estadounidense) o requiere doblar la dosis de dolutegravir (Resumen de las Características del Producto europeo).
En este caso, a pesar de la coadministración prolongada de dolutegravir una vez al día y etravirina sin un inhibidor de la proteasa potenciado, se mantuvo la supresión virológica. No obstante, no se disponía de información sobre resistencia previa a inhibidores de la integrasa (INSTI). La disponibilidad de nuevos fármacos antirretrovirales con menor potencial de interacciones farmacológicas podría haber facilitado el diseño de un régimen óptimo en este paciente con amplia experiencia terapéutica y opciones limitadas.
Más allá del manejo del VIH, el tratamiento inmunosupresor requiere una monitorización cuidadosa debido a su estrecho margen terapéutico. Los clínicos deben equilibrar el mantenimiento de la supresión virológica con la prevención del rechazo del trasplante y la toxicidad asociada a los inmunosupresores.

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
Ezequiel

Apellido/s
Cordova

Institución
Hospital Cosme Argerich

País
AR

Other authors

Nombre
Ezequiel

Apellido/s
Cordova

Institución
Infectious Diseases Unit - Hospital Cosme Argerich (Argentina)

Nombre
Martin

Apellido/s
Ajzenszlos

Institución
Infectious Diseases Unit - Hospital Cosme Argerich (Argentina)