Fecha del informe 08 Oct 2026

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

Fármacos implicados

Víctima
Bictegravir

Dosis Diaria
100 (mg)

Ajuste de dosis realizado
Sí

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
Desconocido

Fecha de finalización
Desconocido

Causante
Rifampin

Dosis Diaria
600 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
Desconocido

Fecha de finalización
Desconocido

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

Rifampin, Pyrazinamide, Ethambutol, Isoniazid

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Femenino

Edad

56

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Una mujer de 56 años, diagnosticada de VIH en 2010, mantenía la supresión virológica con bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF). Desarrolló tuberculosis (TB) diseminada sensible a rifampicina e inició el tratamiento estándar que incluía este fármaco. Inicialmente, el tratamiento antirretroviral (TAR) se cambió a una pauta basada en efavirenz, pero esta se suspendió por efectos adversos neuropsiquiátricos graves. La paciente rechazó una pauta basada en dolutegravir. Por ello, se prescribió BIC/FTC/TAF 50/200/25 mg dos veces al día durante el tratamiento con rifampicina.

La paciente mantuvo inicialmente la supresión virológica, con recuentos de CD4 estables y una respuesta favorable al tratamiento de la TB. Sin embargo, a los 4 meses de iniciar el tratamiento antituberculoso presentó un rebote virológico

(ARN del VIH-1 de 7.100 copias/mL), tras una reducción involuntaria de BIC/FTC/TAF a una toma diaria durante 2 meses. La supresión virológica se recuperó en las 6 semanas siguientes a la reintroducción de la pauta de dos tomas diarias, con un descenso del ARN del VIH-1 a <20 copias/mL. El ARN del VIH-1 permaneció indetectable en la semana 24, al finalizar el tratamiento de la TB y tras volver a la pauta de BIC/FTC/TAF una vez al día después de suspender rifampicina.

Rifampicina es un potente inductor de CYP3A4, UGT1A1 y P-glicoproteína, que reduce considerablemente la exposición a bictegravir. La administración conjunta de rifampicina 600 mg una vez al día y una dosis única de bictegravir redujo el AUC y la Cmax de bictegravir aproximadamente un 75% y un 28%, respectivamente. Por ello, la administración conjunta de bictegravir una vez al día y rifampicina está contraindicada en la ficha técnica y no se recomienda en las guías de tratamiento.

En el estudio INSIGHT, se administró BIC/FTC/TAF 50/200/25 mg dos veces al día durante el tratamiento antituberculoso basado en rifampicina. Aunque rifampicina redujo el AUC, la Cmax y las concentraciones mínimas de bictegravir aproximadamente un 62%, un 53% y un 78%, respectivamente, las concentraciones mínimas medias se mantuvieron por encima de la concentración eficaz del 95% ajustada por la unión a proteínas. Se alcanzó la supresión virológica en el 94% de los participantes en la semana 24 y en el 95% en la semana 48, sin aparición de resistencias en el grupo de bictegravir. Estos resultados aportan evidencia clínica relevante a favor del uso de BIC/FTC/TAF dos veces al día cuando las opciones de TAR habitualmente recomendadas no son viables, aunque esta estrategia sigue siendo un uso fuera de ficha técnica y no está actualmente respaldada por la ficha técnica ni por las guías de los NIH.

El episodio de rebote virológico observado en este caso resulta especialmente informativo. Se produjo tras una reducción involuntaria de BIC/FTC/TAF de dos tomas a una toma diaria mientras se mantenía rifampicina, una situación en la que cabría esperar una reducción considerable de la exposición a bictegravir. La recuperación de la supresión virológica en las 6 semanas siguientes al restablecimiento de las dos tomas diarias apoya, aunque no demuestra, una relación entre la menor exposición a bictegravir y el rebote virológico.
BIC/FTC/TAF dos veces al día es una estrategia fuera de ficha técnica respaldada por evidencia clínica emergente y podría representar una alternativa para pacientes muy seleccionados en quienes las opciones recomendadas por las guías no sean viables, siempre que se garantice una estrecha monitorización virológica.
Este caso fue publicado por Sanchez-Cano JG et al. en HIV Medicine (2026;27[8]:1376–1377).

Resultado clínico

No resultado indeseado

Comentario del comité editorial

La administración conjunta de BIC/FTC/TAF y rifampicina está contraindicada debido a la disminución de las concentraciones plasmáticas de bictegravir. Rifampicina (600 mg una vez al día) reduce el AUC y la Cmax de bictegravir mediante la inducción de CYP3A, UGT1A1 y P-gp. Esto puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y el posible

desarrollo de resistencia a cualquiera de los fármacos antirretrovirales. No obstante, los datos farmacocinéticos y clínicos del estudio INSIGHT respaldan el uso de BIC/FTC/TAF dos veces al día en combinación con rifampicina (Naidoo A et al. Lancet HIV. 2026 Jan;13[1]–e20. Osuala EC et al. Clin Infect Dis. 2026 Apr 30;82[4]–e727), aunque esta estrategia sigue siendo un uso fuera de ficha técnica.
Este caso destaca la importancia de mantener la pauta de dos tomas diarias cuando se utiliza esta estrategia. El rebote virológico se produjo tras reducir BIC/FTC/TAF a una toma diaria mientras se mantenía rifampicina, y la supresión se recuperó al restablecer las dos tomas diarias. Cabe destacar que no aparecieron mutaciones de resistencia, probablemente debido a la elevada barrera genética de esta combinación, que incluye un inhibidor de la transferencia de cadena de la integrasa (INSTI) de segunda generación y tenofovir alafenamida (TAF).
El caso contribuye a la evidencia emergente sobre esta estrategia en pacientes seleccionados para quienes las alternativas recomendadas por las guías no son viables y subraya la importancia de proporcionar instrucciones claras sobre la pauta de administración y mantener una estrecha monitorización virológica.

Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí

Información sobre la persona que notifica este caso

Nombre

Apellido/s

Catia

Marzolini

Institución

University Hospital of Basel
University of Liverpool

País

CH

Other authors

Nombre

Catia

Apellido/s

Marzolini

Institución

University Hospital Lausanne