clinical cases DDIs

Fecha del informe 20 Oct 2026

Interacción del caso reportado entre **Rilpivirine LA** y **Carbamazepine**

Fármacos implicados

Víctima
Rilpivirine LA

Dosis Diaria
900 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Intramuscular

Fecha de inicio
5 de mayo de 2025

Fecha de finalización
En curso

Causante
Carbamazepine

Dosis Diaria
400 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
3 de mayo de 2026

Fecha de finalización
13 de mayo de 2026

Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Cabotegravir/Rilpivirine LA

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

Carbamazepine 200 mg BID

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Masculino

Edad

32

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Un hombre de 32 años con VIH y supresión virológica sostenida recibía cabotegravir más rilpivirina de acción prolongada (CAB+RPV LA) cada 2 meses. Llevaba 12 meses con esta pauta, con ARN del VIH-1 consistentemente <20 copias/mL, sin antecedentes de fracaso virológico ni resistencia conocida a los inhibidores de la integrasa o a rilpivirina.

El 3 de agosto de 2026, acudió a Urgencias tras una primera crisis epiléptica de inicio focal. La evaluación neurológica posterior condujo al diagnóstico de epilepsia focal y se inició carbamazepina 200 mg dos veces al día.

Durante la conciliación de la medicación en la consulta de VIH el 13 de agosto de 2026, se identificó una interacción farmacológica clínicamente significativa. Carbamazepina es un potente inductor de UGT1A1 y CYP3A4, y se espera que

reduzca considerablemente la exposición tanto a cabotegravir como a rilpivirina, con el consiguiente riesgo de pérdida de la supresión virológica y aparición de resistencias. Por ello, su administración conjunta con CAB+RPV LA está contraindicada.

Carbamazepina se suspendió de inmediato tras 10 días de exposición. Tras consultar con el equipo de Neurología, el tratamiento antiepiléptico se cambió a levetiracetam 500 mg dos veces al día, para el que no se esperaba una interacción clínicamente relevante con CAB+RPV LA.

Durante el seguimiento inicial tras identificar la interacción, el ARN del VIH-1 aumentó transitoriamente a 150 copias/mL. No se refirieron síntomas ni problemas de adherencia. No se añadió ningún otro tratamiento antirretroviral y se mantuvo CAB+RPV LA según el calendario previsto. Aunque no puede establecerse una relación causal a partir de un único episodio de viremia de bajo nivel, la asociación temporal con la exposición a un potente inductor enzimático es farmacológicamente plausible.

Cuatro semanas después de retirar carbamazepina, el ARN del VIH-1 había vuelto a valores <20 copias/mL y se mantuvo suprimido durante el seguimiento posterior. No se produjeron nuevas crisis epilépticas durante el tratamiento con levetiracetam.

Este caso destaca la importancia de la conciliación de la medicación y de la comunicación entre especialidades al prescribir nuevos fármacos a pacientes que reciben TAR de acción prolongada. Esto resulta especialmente relevante porque los fármacos inyectados permanecen en el organismo durante un periodo prolongado y no pueden retirarse si se introduce un medicamento que interacciona con ellos.

Resultado clínico

Pérdida de eficacia

Escala de Probabilidad de Interacción con Medicamentos (DIPS)

Puntuación

7 - Probable

Comentario del comité editorial

Este caso destaca una interacción clínicamente importante que puede pasar desapercibida porque implica un medicamento oral y un tratamiento antirretroviral inyectable. La administración intramuscular no evita las interacciones mediadas por inducción enzimática. Carbamazepina y otros antiepilépticos inductores enzimáticos, como fenobarbital y fenitoína, pueden reducir considerablemente la exposición a cabotegravir y rilpivirina, independientemente de la vía de administración. La administración conjunta de carbamazepina y CAB+RPV LA está contraindicada por el riesgo de pérdida del efecto terapéutico y desarrollo de resistencias.
La viremia detectable transitoria resulta llamativa dada la dosis relativamente baja de carbamazepina y la breve exposición de 10 días, antes de lo que generalmente cabría esperar para alcanzar la inducción enzimática máxima. Sin embargo, una única determinación de ARN del VIH-1 de 150 copias/mL no permite establecer causalidad y podría representar un blip viral aislado. La retirada inmediata de carbamazepina y su sustitución por levetiracetam se

siguieron de la recuperación de la supresión virológica sin añadir otros antirretrovirales.
Las formulaciones de acción prolongada requieren especial atención porque los fármacos inyectados no pueden retirarse, mientras que la inducción enzimática puede persistir tras suspender el medicamento que interacciona con ellos.
El caso subraya la importancia de comprobar las interacciones al prescribir nuevos medicamentos, también en Urgencias, y de garantizar la comunicación entre los equipos de VIH y Neurología.

Recomendación Universidad de Liverpool

- Estos fármacos no deberían coadministrarse

Para más información clic aquí

Información sobre la persona que notifica este caso

Nombre
Jesús

Apellido/s
Troya

Institución
Hospital Infanta Leonor

País
ES