



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/110 - ACIDOSIS METABÓLICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON METFORMINA

A. del Rey Rozas<sup>1</sup>, J. Rodríguez Duque<sup>2</sup>, M. Gómez González<sup>3</sup>, I. Rivera Panizo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años con AP de DM II en tratamiento con metformina/sitagliptina e insulina lantus, arteriopatía periférica e IRC 2 y que acude a Urgencias por malestar general de semanas de evolución que ha presentado importante empeoramiento en las últimas 24 horas, con disnea y disminución del nivel de conciencia. Refiere en los 3 días previos cuadro de diarrea sin productos patológicos. No fiebre, no focalidad infecciosa, no dolor abdominal ni clínica a otros niveles.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica sanguínea. Hemograma: leucocitos  $9,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ , hemoglobina 8,4 g/dL, hematocrito 25,2%, V.C.M. 92 fL, Plaquetas  $283 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Bioquímica: glucosa 187 mg/dL, urea 271 mg/dL, creatinina 10,49 mg/dL (basal 1,3), bilirrubina total 0,3 mg/dL, AST 17 U/L, ALT 24 U/L, gamma-GT (GGT) 42 U/L, fosfatasa alcalina 73 U/L, amilasa 61 U/L, calcio 8,6 mg/dL, magnesio 2,6 mg/dL, fósforo 13,6 mg/dL, Na 159 mEq/L, K 6,0 mEq/L, cloro 113 mEq/L, lactato basal 126,9 mg/dL, proteína C reactiva 2,2 mg/dL, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, procalcitonina 0,96 ng/mL, troponina 0,20 ng/mL. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 85%, Ratio TTPA 1,20 I.N.R. 1,11. Gasometría: pH (v) 6,55, pCO<sub>2</sub> (v) 33,4 mm Hg, pO<sub>2</sub> (v) 318,0 mm Hg, HCO<sub>3</sub> (v) 2,8 mmol/L, ctCO<sub>2</sub> (v) 3,8 mmol/L, O<sub>2</sub> sat (v) 98,0%. ECG: BAV 1<sup>er</sup> grado, QRS estrecho, con T picudas y aplanamiento de ST en precordiales derecha. Se inicia sueroterapia intensiva, se administra bicarbonato i.v. y se inician medidas antihiperpotasemia. Una hora tras el ingreso la paciente entra en estado de coma y e ingresa en UCI, donde requirió fármacos vasoactivos. Posteriormente fue trasladada a la planta de Nefrología y dada su buena evolución fue dada de alta.

**Juicio clínico:** Acidosis metabólica por Metformina en contexto de IRA prerrenal.

**Diagnóstico diferencial:** Acidosis respiratoria, intoxicación por sustancias ácidas.

**Comentario final:** Una etiología poco común de la acidosis láctica es la intoxicación por metformina, la cual puede alcanzar una mortalidad del 50%. La incidencia es de 3 casos por cada 100.000 pacientes tratados por año. El principal factor de riesgo para que ocurra acidosis láctica por metformina es la lesión renal que acompaña al paciente diabético, por lo que el uso de este fármaco está contraindicado en caso de FG menor de 60 ml/min.

### Bibliografía

Lalau JD. Lactic acidosis induced by metformin: incidence, management and prevention. Drug Saf. 2010;33:727.

Lazarus B, Wu A, Shin JI, et al. Association of Metformin Use With Risk of Lactic Acidosis Across the Range of Kidney Function: A Community-Based Cohort Study. JAMA Intern Med. 2018;178:903.