



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1813 - Doctor, mi madre se encuentra muy decaída desde hace tres días

F. Soriano Gómez^a, Á.M. Martínez Tolosa^b, I. Gómez Bruque^c, C. Bravo Lucena^c, M.D. Spinola Muñoz^a, M. Pierre Bared^b e I. Pérez Zambrano^d

^aMédico Residente. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Cáceres. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Plasencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus 2 diagnosticada en 1996 por clínica cardinal en seguimiento por MAP con última HbA1c de 8%, HTA, hipotiroidismo, deterioro cognitivo moderado y cardiopatía isquémica revascularizada en tratamiento con ácido acetilsalicílico 150 mg/24h, metformina 850 mg/8h desde el año 2000 con buena tolerancia, losartán 25 mg/24h, furosemida 40 mg 2/24h y eutirox 50 µg/24h. La paciente acudió a Urgencias por presentar un cuadro de 72 horas de evolución por malestar generalizado con vómitos, aumento de su disnea y oliguria. En los últimos días refiere pobre ingesta hídrica y calórica por inapetencia con mal cumplimiento de su tratamiento. No refiere fiebre termometrada ni dolor torácico ni otra sintomatología infecciosa aparente.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente, orientada. Sequedad mucosas. Somnolienta. Taquipnea. TA: 86/54 mmHg. FC: 90 lpm; SatO₂ 95% basal. ACR: rítmica a buena frecuencia sin soplos. MVC con crepitantes. ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. EEII: edemas hasta rodillas. Signos de IVP. Analítica: glucosa: 118. Creat: 4,5. Urea: 138, Calcio, troponinas, sodio y potasio, enzimas hepáticas, sistemático orina y hemograma normales. GSV: pH: 7,21, HCO₃: 13,2, láctico: 12,7. ECG: RS a 90 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Rx tórax cardiomegalia, derrame pleural derecho, Rx abdomen sin imágenes patológicas.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica secundaria a metformina.

Diagnóstico diferencial: Infección, sepsis, cardiopatía isquémica e insuficiencia hepática aguda.

Comentario final: La incidencia estimada de acidosis láctica asociada a metformina es de 2-9 casos por 100.000 personas-año. La mortalidad se encuentra en torno al 40%. Ya que se trata de una reacción adversa grave, es importante la utilización de la metformina comenzando el tratamiento a dosis bajas y vigilar la función renal, sobre todo en pacientes de edad avanzada y si es necesario suspender el uso de este antidiabético oral cuando se prevea una situación de disfunción renal. Y destacar que un diagnóstico precoz contribuirá a aplicar un tratamiento eficaz en esta urgencia vital.

Bibliografía

1. Misbin RI. The phantom of lactic acidosis due to metformin in patients with diabetes. 2004;1791-3.

2. Millican S, Cottrell Do risk factors for lactic acidosis influence dosing of metformin? 2004:449-54.
3. Seidowsky A, Nseir S, Houdret: Metformin-associated lactic acidosis: a prognostic and therapeutic study. Crit Care Med. 2009:2191-6.

Palabras clave: Decaimiento. Acidosis metabólica. Metformina.