



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/238 - Ojo con la metformina

J.J. López Pérez<sup>a</sup>, A.I. Ortega Requena<sup>a</sup>, P. Abellán García<sup>a</sup>, F.M. Lafuente Salanova<sup>a</sup>, C. Saavedra Menchón<sup>b</sup>, C. de Prados González<sup>b</sup>, B. de la Villa Zamora<sup>b</sup>, L.M. González Torres<sup>c</sup>, J.I. Giménez<sup>e</sup> y M. Córcoles Vergara<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y malestar general. AP: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con metformina, EPOC. Isquemia crónica en miembros inferiores tratada la del MID con stent hace tres semanas tras realización de angioTC con contraste (creatinina al alta: 1,6). Consulta por cuadro progresivo de una semana de dolor abdominal, diarrea, náuseas, anorexia, oliguria, malestar general y somnolencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** GCS 15. Somnoliento, desorientado temporoespacialmente. No déficit motores. Afebril y taquipneico. ACP: hipoventilación generalizada. Dolor difuso a la palpación abdominal sin signos de irritación peritoneal. Pulsos pedios débiles. Analítica: pH 6,88, pCO<sub>2</sub> 66, HCO<sub>3</sub> 17, creatinina 8,1 mg/dl, urea 90 mg/dl, glucosa 40 mg/dl. Ácido láctico 4 mmol/L.

**Juicio clínico:** Acidosis láctica grave secundaria a metformina.

**Diagnóstico diferencial:** Acidosis por otras causas, IRA.

**Comentario final:** Se inició reposición hidroelectrolítica, administración de bicarbonato y corrección de hipoglucemia. El paciente presentó mejoría gasométrica, pero dada la insuficiencia renal aguda, y para eliminar la metformina, ingresa en UCI para iniciar hemodiálisis. Buena evolución tras 4 días. La metformina es una biguanida ampliamente utilizada en el tratamiento de la DM tipo 2. Existen efectos adversos: acidosis láctica, trastornos gastrointestinales, hipoglucemia, malabsorción de B12 y fólico y hemólisis. La patogenia de la acidosis láctica asociada a la Metformina no es totalmente conocida. Suele ocurrir cuando se toma en coexistencia con determinados factores: insuficiencia renal, EPOC, disfunción hepática, enfermedad cardiovascular, sepsis o alcoholismo. Existen criterios de exclusión para el tratamiento con metformina: insuficiencia renal (creatinina > 1,5 mg/dl), enfermedad cardíaca o pulmonar susceptible de provocar descenso de la perfusión, acidosis láctica previa, enfermedad hepática y el uso de contrastes yodados. El tratamiento de la intoxicación por metformina es controvertido. El uso de bicarbonato es habitual aunque no existe evidencia científica que avale un mejor pronóstico, además de poderse asociar a efectos secundarios (sobrecarga de sodio, alcalosis metabólica, alteraciones del potasio y descenso de la contractilidad miocárdica. La escasa unión de la Metformina a las proteínas plasmáticas hace útil la hemodiálisis.

## Bibliografía

1. Bailey CJ, Turner RC. Metformin. N Engl J Med. 1996;334:574.
2. Harrison. Principles of Internal Medicine, 17<sup>th</sup> ed. McGraw Hill, 2007.

*Palabras clave:* Metformina. Acidosis. Láctica. Creatinina. Hemodiálisis.