



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

242/3158 - ¡MEJOR NO LEA USTED EL PROSPECTO!

B. Hernández Labrot^a, I. Merino de Haro^b, R. García Hidalgo^c, M. Álvarez Villegas^d, T. Maqueda Madrona^e y M. Sendín Martín^f

^aMédico de Familia. Urgencias PTS. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sabinillas. Málaga. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^fMédico Residente de Dermatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años con los siguientes antecedentes personales reseñables: exfumador, HTA, DM2, HBP, portador Klebsiella BLEE, adenoma suprarrenal, enfermedad de Clipper, EPOC Gold II con último ingreso en febrero de 2017. Como tratamiento domiciliario: insulina, metformina, broncodilatadores, furosemida, allopurinol, prednisona, metotrexate. Motivo de consulta: acude a urgencias, derivado por su médico de familia, por aumento de su disnea habitual súbitamente desde por la mañana, sin fiebre ni tos. Asocia hiporexia, náuseas y empeoramiento de su estado basal con disminución de la deambulación de 3 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, consciente y orientado, taquipneico saturando con Ventimask al 94%, hemodinámicamente estable TA 134/78 mmHg, FC 112 lpm, afebril. Corazón rítmico, buen murmullo vesicular con abundantes roncus diseminados. Abdomen anodino. Sin edemas en miembros inferiores ni ingurgitación yugular. Se realiza gasometría venosa en gasómetro objetivándose una acidosis metabólica severa grave láctico elevado (16), hipertotasemia (7), hipernatremia (149). Tras sondaje vesical para recogida de muestra, la orina es turbia. Ingresa en Observación pendiente de completar estudio, con la sospecha de sepsis de origen urinario. Durante su estancia presenta empeoramiento clínico con anuria, respiración de Kussmaull, confusión y tendencia a la hipotensión. Analíticamente: leucocitosis 27.720 con neutrofilia 25.680, urea 213,70 y Cr 6,42, PCR 5,34. EKG y radiografía de tórax sin hallazgos relevantes. Es valorado por Nefrología que realiza Hemodiálisis sin pérdidas y ante la escasa mejoría clínica se traslada a Unidad de Cuidados Críticos. Tras cinco días de estancia, el paciente fallece por shock distributivo refractario.

Juicio clínico: Acidosis láctica asociada a metformina (MALA).

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar agudo. Sepsis. Acidosis metabólica con anión GAP aumentado: ERC, cetoacidosis (diabética, ayuno, alcohólica), tóxicos (etilenglicol, metanol, salicilatos), rabdomiolisis masiva.

Comentario final: Me gustaría destacar la importancia de los efectos adversos de los fármacos y las interacciones entre los mismos. La metformina, siendo muy utilizada, de primera elección en la diabetes, también puede producir efectos fatales que no podemos olvidar.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica, 7^a ed. Madrid. 2012.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencia, 3^a ed. Barcelona. 2003.

Palabras clave: Disnea. Acidosis láctica. Metformina.