



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

242/2559 - DULCE FINAL

B. Yuste Martínez^a, P. Sánchez-Seco Toledano^b, A. García García^a, L. López Benito^c, M. Podaru^d y R. Piedra Castro^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Manantiales. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Budia. Guadalajara. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y dislipemia, acude al servicio de urgencias por cuadro de siete días de evolución consistente en malestar general, sensación distérmica no termometrada, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Su tratamiento habitual consisten en: janumet, minodiab, pantoprazol, atorvastatina y candesartán. Administramos tratamiento sintomático con sueroterapia y se realiza analítica completa. Durante su estancia en Urgencias, y tras la administración de sueroterapia con glucosa, bicarbonato y gluconato cálcico, la paciente sufre un deterioro progresivo analítico y general llegando a precisar finalmente ingreso en UCI con previo inicio de antibioterapia empírica.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física la paciente se encuentra consciente y orientada, con deshidratación mucocutánea. AC: rítmica sin soplos ni roces. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En el abdomen, presenta dolor a la palpación profunda en mesogastrio y flancos; resto de la exploración física normal. Constantes: TA: 80/40 mmHg, FC: 118 lpm, SatO₂: 98%, T^a: 36,3 °C. ECG: taquicardia sinusal. QT largo, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica de sangre: pH 6,91, pCO₂ 26 mmHg, pO₂ 49 mmHg, HCO₃ 5,2 mEq/L, ácido láctico 12,3 mEq/L, leucocitos 15.300/mm³; hemoglobina, plaquetas y coagulación normales. Glucemia 47 mg/dL, creatinina 7,61 mg/dL, K 6,4 mEq/L, LDH 261 UI/L, PCR 19,1 mg/L, amilasa 137 UI/L, ALT, AST y GGT normales. Sedimento urinario: densidad 1.008, pH 5,5, cuerpos cetónicos: indicios; proteínas 70 mg/Dl, hematíes: positivo (26-50/campo); leucocitos: positivo (26-50/campo); nitritos: negativo.

Juicio clínico: Acidosis láctica secundaria a antidiabéticos orales.

Diagnóstico diferencial: Alcoholismo, shock séptico, cáncer, abdomiolisis masiva.

Comentario final: La patogenia de la acidosis láctica asociada a la metformina tiende a ocurrir únicamente en coexistencia con determinados factores: insuficiencia renal, EPOC, disfunción hepática, enfermedad cardiovascular, infección severa o alcoholismo. La mortalidad de la acidosis láctica asociada a la administración de metformina se estima en torno al 50-80%.

Bibliografía

1. Seifter JL. Acid-base disorders. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine, 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016.

2. Strayer RJ. Acid-base disorders. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.

Palabras clave: Metformina. Acidosis láctica.