



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

242/807 - ACIDOSIS LÁCTICA INDUCIDA POR METFORMINA

R. Romero Romero^a, M. Labrador Notario^b, P. Suárez Betancor^a y O. Hadri^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés y Sauces. Las Palmas. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Breña Alta. Las Palmas. ^cAdjunto de Urgencias. Hospital General de La Palma. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 79 años. Antecedentes: diabetes mellitus II con polineuropatía diabética, nefropatía diabética estadio II (CKD EPI 67,66 ml/min/m²), demencia frontotemporal, depresión, cirrosis alcohólica, anemia perniciosa, hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda e hiperplasia prostática. Tratamiento: Adiro 100 mg (prevención primaria); metformina 1.000 mg, sitagliptina 50 mg (cada 12 horas); vitamina B12, B6 y B1; ácido fólico 5 mg; Omnic Ocas 0,4 mg; furosemida 40 mg; pregabalina 75 mg; venlafaxina 75 mg; donepezilo 10 mg. Acude al Servicio de Urgencias, derivado desde Atención Primaria, por cuadro de vómitos cuantiosos e intolerancia oral de tres días de evolución, astenia marcada, letargia y debilidad generalizada sobre todo en extremidades inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Deterioro físico, deshidratación muco-cutánea, relleno capilar enlentecido. Somnoliento, desorientación temporo-espacial. Afebril. Sin focalidad neurológica. Normotenso, FC 102 lpm. Hiperventilación. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes pulmonares bibasales. Abdomen: anodino. Edemas con fóvea bilaterales. Bioquímica: urea 130 mg/dl; creatinina 7,63 mg/dl; sodio 133 mmol/l; potasio 6,26 mmol/L; CKD EPI 6,15 ml/min/m²; proBNP 1.701,0 pg/mL. Función hepática normal. Lactato 18 mmol/L. Procalcitonina 8,97 ng/mL. Gasometría arterial (FiO₂ 21%): pH 6,75; PaCO₂ 16,7 mmHg, PO₂ 119,0 mmHg, BE_E indetectable, bicarbonato indetectable, SatO₂ 94,30%. Sedimento normal. Orina: creatinina 41,7 mg/dL; sodio 93,0 mmol/L; potasio 15,35 mmol/L. Fa excreción sodio 12,79%. Radiografía tórax: cardiomegalia, congestión pulmonar. Ecografía renal: descarta componente obstructivo vía urinaria.

Juicio clínico: Acidosis metabólica hiperlactacidémica secundaria a metformina. Reagudización de enfermedad renal crónica de perfil prerrenal.

Diagnóstico diferencial: Sepsis. Encefalopatía urémica. Insuficiencia cardíaca congestiva.

Comentario final: La acidosis láctica inducida por metformina es prevenible desde Atención Primaria. Precisa identificar pacientes susceptibles al desarrollo de esta patología, evitando su uso en aquellos con contraindicación expresa y recomendando su retirada ante pacientes con factores de riesgo y situaciones propensas a fracaso renal (personas mayores y uso de fármacos de riesgo como IECAs, furosemida, contrastes yodados y AINEs).

Bibliografía

1. Kim M, Han J, Shin J, Kim S, Lee J, Hong S et al. Metformin-Associated Lactic Acidosis: Predisposing Factors and Outcome. *Endocrinology and Metabolism*. 2015;30(1):78.
2. Regolisti G, Antoniotti R, Fani F, Greco P, Fiaccadori E. Treatment of Metformin Intoxication Complicated by Lactic Acidosis and Acute Kidney Injury: The Role of Prolonged Intermittent Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2017.

Palabras clave: Acidosis láctica. Diabetes mellitus II. Metformina.