

## 347/1266 - ACIDOSIS POR D-LACTATO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Gutiérrez Adrián<sup>a</sup>, M. Montero Pérez<sup>a</sup>, I. González de la Fuente<sup>b</sup> y R. González Arrechea<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años con un síndrome de malabsorción y un síndrome de intestino corto por una enfermedad de Crohn con patrón estenosante con necesidad de varias resecciones intestinales. Mantiene colon izquierdo y un segmento de íleon terminal. Acude a Urgencias con clínica de alteración de la marcha, mareo, ataxia y dificultad para la articulación del lenguaje.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración neurológica destaca disartria, ataxia e inestabilidad de la marcha. Se solicitó analítica sanguínea con gasometría venosa en la que destacaba una acidosis metabólica con pH 7.21, pCO<sub>2</sub> 35, HCO<sub>3</sub> 14, ácido láctico 11, anión GAP elevado y GAP osmolar normal. El resto de la bioquímica fue anodina. Alcohol en sangre negativo.

**Orientación diagnóstica:** Ante un paciente con antecedente de síndrome de intestino corto, con presencia de colon, encefalopatía y acidosis metabólica con anión GAP elevado sin causa aparente, se sospechó de acidosis por D-lactato, por lo que se envió una muestra a un laboratorio externo que resultó claramente elevado (D-lactato 0,37 mmol/L, normal hasta 0,25 mmol/L). Se confirmó la presencia de acidosis por D-lactato.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome vertiginoso central. Intoxicación etílica. Encefalopatía metabólica.

**Comentario final:** La acidosis por D-lactato es una causa inusual de acidosis metabólica. Puede aparecer no solo en pacientes con síndrome de intestino corto, sino tras el aporte de propilenglicol o la cetoacidosis diabética. Se presenta como un cuadro de acidosis metabólica episódica después de comidas con alto contenido en hidratos de carbono, asociado a confusión, ataxia cerebelosa, dificultad para hablar y pérdida de memoria. Se debe sospechar en pacientes con acidosis metabólica no explicada por otra causa (anión GAP elevado o acidosis hiperclorémica) y antecedentes, signos o síntomas característicos. El bicarbonato de sodio se puede administrar en casos graves. Los antibióticos (metronidazol, neomicina o vancomicina) en pacientes con síndrome de intestino corto. Una dieta baja en carbohidratos (o el uso de polímeros de almidón en lugar de azúcares simples) también es útil.

### Bibliografía

1. Emmett M, Palmer BF. D lactic acidosis. Disponible en: 2018.
2. Planas-Vilaseca A, Guerrero-Pérez F, Marengo AP, et al. Carta científica. Acidosis por D-lactato: una causa inusual de acidosis metabólica. Endocrinología y Nutrición. 2016;63:433-4.

**Palabras clave:** D-lactato. Acidosis metabólica. Síndrome de intestino corto.