

347/1684 - LA METFORMINA: UNA PASTILLA DE DOBLE FILO

A. Pérez Pérez^a, M. Rodríguez de Viguri Díaz^b, J. Martín Ruiz^c y T. Scarton Weber^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Murcia. ^cMédico Residente de Intensivos. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dCentro de Salud de Narón. La Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una paciente de 82 años, hipertensa, diabética tipo 2 en tratamiento con metformina, anticoagulada con acenocumarol por FA, estenosis aórtica con fracción de eyección conservada, hipotiroidea en tratamiento, enfermedad renal crónica estadio III. Acude a urgencias por cuadro de somnolencia, vómitos, y varias deposiciones de consistencia líquida desde hace una semana. Durante su estancia en urgencias, la paciente está disneica, en anuria a pesar de sueroterapia. Se objetiva fracasa renal agudo y acidosis láctica, se canaliza vía central, iniciándose gluconato cálcico y bicarbonato, sin respuesta. Por lo que ingresa en UCI, la paciente presenta GCS 12, inestable hemodinámicamente precisando drogas vasoactivas, eupneica con buena dinámica respiratoria. Y dada la no respuesta al tratamiento, persistencia de hiperlactacidemia y sobrecarga cardiaca, se decide canalizar shaldom femoral e iniciar terapia renal sustitutiva continua.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración TA 80/50, FC 90, GCS 12, desorientación temporoespacial, sin signos de localidad. Auscultación cardiaca: arritmia, soplo asistólico en foco aórtico y a nivel pulmonar se objetiva hipoventilación generalizada. Exploración abdominal anodina. Signos de insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores y edemas con fóvea. Analítica: glucosa 272, urea 216, creatinina 5,52, Na 132, K 5,7, cloro 92, proteína C reactiva 0,4, procalcitonina 0,2. Hemograma: Hb 8,3, Hematocrito 28,5%, leucocitos 11.000. Coagulación: AP 38%, INR 2. Gasometría venosa: pH 6,8, pCO2 18, HCO3 2,6, lactato 11. Radiografía: cardiomegalia, hilos congestivos, no infiltrados ni consolidaciones.

Orientación diagnóstica: Acidosis láctica grave secundaria a intoxicación por metformina.

Diagnóstico diferencial: Sepsis, insuficiencia cardíaca, hepatopatías.

Comentario final: Una etiología poco común de la acidosis láctica es la intoxicación por metformina, pudiendo alcanzar una mortalidad del 50%. Por ello, es muy importante saber reconocer los factores de riesgo para desarrollarla como deterioro de la función renal o hepática, infección, edad avanzada y fallo cardíaco en pacientes con tratamiento a base de metformina. Además, el diagnóstico temprano, así como, se inicie tempranamente la aplicación de medidas como la terapia de reemplazo renal, disminuirá de forma significativa la mortalidad de estos.

Bibliografía

1. Devetzis V, Passadakis P, Panagoutsos S. Metformin-related lactic acidosis in patients with acute kidney injury. *Int Urol Nephrol* 2010;doi: 10. 1007/s11255-010-9845-1.

Palabras clave: Acidosis. Lactato. Metformina.