

## Reunión Clínica 11 de Agosto 2018

10:15 – 11:00

### “Acidosis Láctica Severa. Caso Clínico”

**Presenta:** Dra. Silvana Muñoz Salazar  
Unidad de Diabetes  
Hospital San Juan de Dios  
Grupo Occidente

#### Caso Clínico 2:

Mujer, 50 años (2018). Portadora de DM2 conocida desde hace 8 años, tratada con Metformina asociada a Glibenclamida en Atención Primaria (AP).

**Desde 2009** sero positiva y en **terapia antirretroviral** (TRV); **en 2017** con carga viral indetectable y CD4 > 400. Asiste regularmente a sus controles en infectología.

**Febrero 2011** en AP presenta retinopatía diabética proliferante con compromiso macular, panfotocoagulada en Hospital San Juan de Dios, al mes siguiente.

**Abril 2014** se encuentra creatinina de 1,75 mg/dl (examen de control en infectología).

**El 2015 ingresa a la Unidad de Diabetes del HSJD.** En tratamiento con insulina intermedia 2 veces al día, 8–10 U); asiste a un control anual, se disminuyen las dosis de insulina por glicemias < 100 mg/dl. Exámenes: glicemia 101 mg/dl y HbA1c 6,3%.

**ERC:** creatinina de 2,55 mg/dl (06/2015); 3,25 (08/ 2015); 3,90 (07/2016) y 5,00 (12/2016), **en Junio del 2017** se comienza hemodiálisis convencional tres veces a la semana.

**Agosto 2017** glicemia 74 mg/dl y HbA1c de 5,3%.

**El 14/10/2017** bruscamente presenta labilidad emocional, bradiquinesia, bradipsiquia, déficit motor del hemicuerpo izquierdo. Consulta en SUA0: hipotensa (84/51 mmHg), taquicardia 100 lpm, saturando 97%, con FiO2 desconocida, convulsión tónico-clónica generalizada, que tras bradicardia extrema evoluciona a PCR con ritmo en asistolia; tras un ciclo de masaje y 1 ampolla de adrenalina retorna a ritmo sinusal. Al ingreso: glicemia 318 mg/dl, pH 6,8; bicarbonato 3,5 mmol/l; anión GAP 50,8; K 6,3 mEq/l; creatinina 7,4 mg/dl; **Lactato 230 mg/dl** (VN 4,5-19,8 mg/dl); Troponina T 1289 pg/ml (VN <14 pg/ml). Se realiza TC cerebral s/c que no muestra lesiones agudas.

Por información aportada por la familia, la paciente tomaba **Metformina**, aunque no estaba indicada.

Se traslada a UCI con diagnóstico de **Acidosis Láctica Severa**. Presenta un segundo paro cardiorrespiratorio en ritmo de asistolia, recuperando ritmo sinusal tras 3 ciclos de reanimación, 2 ampollas de adrenalina y 30 de bicarbonato. **Shock severo** que requirió drogas vasoactivas en altas dosis, Noradrenalina hasta 1 ug/kg/min + Adrenalina en dosis elevadas. Inicio de HFVVC de alto volumen, estabilizada a las 72 hrs. Laboratorio: pH 7,35; creatinina 7,8 mg/dl; K 5,7 mEq/l; lactato 15 mg/dl. En ventilación mecánica invasiva evoluciona con mejoría, se indican corticoides y

se logra extubar, manejo regular de secreciones con apoyo kinésico, se reinicia nutrición enteral con buena tolerancia, cursa con hiperglicemia y requiere insulina regular en BIC, se descarta disfagia y se reinicia alimentación oral.

Se traslada a UCIQ, evoluciona con estridor y tiraje requiriendo además aspiración de secreciones, se realizan nebulizaciones con adrenalina, se reinician corticoides EV y se conecta a ventilación mecánica no invasiva (VMNI), Rx de tórax sin variaciones. Se logra retiro de VMNI en menos de 24 hrs. sin presentar nuevos episodios de desaturación ni estridor. Evaluada por ORL se evidencia parálisis de CVD° en línea media y CVI° hipomóvil con erosión y presencia de granuloma. Se reinicia nutrición enteral y oral por presencia de reflejo de la deglución. Se mantiene dexametasona por 10 días y se comienza disminución gradual.

En lo neurológico se suspende levetiracetam, por cuanto impresiona evolucionará con síndrome parkinsoniano. RNM cerebral muestra cambios sugerentes de daño necrótico hemorrágico por **acidosis metabólica aguda**, sin evidencia de encefalopatía hipóxica isquémica.

Se traslada a Medicina donde presenta un cuadro respiratorio tratado con antibióticos; se decide su alta ingiriendo solo licuados y sentándose al borde de la cama, rehabilitación de marcha en forma ambulatoria. Exámenes: pH 7,25; creatinina 6,56 mg/dl y K 4,8 mEq/L. En su casa postrada es atendida por familiares.

**El 15/12/2017** consulta en SUAQ por dificultad respiratoria que empeora rápidamente, se describe clínica respiratoria obstructiva que cede con corticoides, presenta angor atípico, ECG con alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular y Troponina T 501,3 pg/ml. Se realiza coronariografía: enfermedad ateromatosa severa de coronarias pericárdicas, estenosis severa de segundo ramo OM distal, estenosis severa difusa de ADP. El ecocardiograma muestra imagen sugerente de vegetación de 7 mm en relación a velos aórticos, con aquinesia y adelgazamiento anteroseptal extenso con disfunción sistólica severa, FE 53 %, derrame pericárdico leve a moderado. En reunión de hemodinamia se decide tratamiento médico y alta.

**El 24/2/2018** reingresa al SUAQ en paro cardiorrespiratorio, a pesar de las maniobras clásicas se declara fallecida a las 20:00 h. Exámenes: pH 7.32, HCO<sub>3</sub> 20.9, BE -4.9, PCR 15.7, ácido láctico 73.9, Troponina T 273.7, CK total 611, CK MB 87, BUN 18, Creatinina 2.92, Na 132, K 6.9, Cl 90,

### **Referencias**

Aharaz A, Pottegård A, Henriksen DP, Hallas J, Beck-Nielsen H, Lassen AT. Risk of lactic acidosis in type 2 diabetes patients using metformin: A case control study. PLOS ONE 2018, 13(5): e0196122. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196122>

Kraut JA, Madias NE. Lactic acidosis. N Engl J Med 2014; 371:2309–2319. <https://doi.org/10.1056/NEJM.1309483> PMID: 25494270

Richy FF, Sabido-Espin M, Guedes S, Corvino FA, Gottwald-Hostalek U. Incidence of lactic acidosis in patients with type 2 diabetes with and without renal impairment treated with metformin: a retrospective cohort study. Diabetes Care 2014; 37:2291–2295. <https://doi.org/10.2337/dc14-0464> PMID: 24879835