

CASO 1

**“INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA A USO DE iSGLT-2”**

Presentan:

Dr. Hans Astorga C.  
Residente subespecialidad Nutrición Clínica y Diabetología  
Dr. Felipe Pollak C.  
Departamento Nutrición, Diabetes y Metabolismo, P.U.C.  
GRUPO DIABETES PONTIFICIA PUC

Paciente sexo femenino, 71 años de edad, con antecedentes de DM tipo 2 de larga data, obesidad, enfermedad diverticular, HTA, hipotiroidismo, ACV isquémico y 2 TIA (sin secuelas) y 2 episodios de TVP. Su tratamiento actual es: irbesartan 300 mg, levotiroxina 100 ug, carvedilol 6.25 mg, alopurinol 100 mg, amlodipino 10 mg, atorvastatina 40 mg, espironolactona 25 mg. Por su DM recibe degludec 24 un al día y linagliptina 5 mgs al día.

Acude a control el 17/03/21. En evaluación reciente por cardiología destaca ecocardiograma con disfunción diastólica leve, ECG con RS BAV 1er grado.

Control metabólico aceptable. Preocupada por su peso actual desea evaluar la posibilidad de un balón intragástrico.

Al examen físico destaca:

- Peso 100.6 K, talla 1.60 m, IMC 39 m/k<sup>2</sup>
- PA 135/80 mmHg
- Acrocordones (+) acantosis (+), cardiopulmonar prácticamente normal
- En abdomen destaca panículo adiposo marcado, sin hepatomegalia
- A distal, signos de insuficiencia venosa crónica, leve neuropatía sensitiva distal, pulsos conservados
- Sin evidencias de RD

Laboratorio en Febrero 2021: microalbuminuria/creatinina en orina matinal en rangos normales, CT 174, TGC 205, HDL 50, LDL 84 (mg/dl), creatinina 1.3 mg/dl, HbA1c 6.9%. Resto exámenes sin particularidades. Debido a su obesidad (y deseo de baja de peso), riesgo CV y eventuales beneficios cardíacos y renales se decide de acuerdo con paciente el reemplazo de linagliptina por empagliflozina 5 mg. Se cita a control en 7 días para ajuste de terapia según niveles de presión arterial y autocontrol glicémico.

1 semana después, la paciente relata decaimiento y cifras de PA sistólica bajo 100 mmHg. Los días previos refiere haber presentado episodios diarreicos aislados. Durante la consulta presenta episodio de hipotensión ortostática (86/58 mmHg y glicemia capilar peri 140 mg/dl). Se deriva a Servicio de Urgencias, donde se inicia volemicación con cristaloides, logrando mejoría de PA y sintomatología. En laboratorio destaca creatinina de 2.3 mg/dl, por lo que se decide hospitalización.

El estudio para otras causas de insuficiencia renal aguda fue negativo. Dado la temporalidad con la indicación del nuevo fármaco es dada de alta (con creatinina 1.3 mg/dl) con diagnóstico de **AKIN II asociada a iSGLT2**. Se suspende empagliflozina y se indica degludec (en dosis bajas), sin ARA II ni otros antihipertensivos.

Paciente vuelve a control con diabetólogo el 07/04, prácticamente asintomática. PA sistólica 145/90 mmHg, por lo que se reinicia amlodipino en bajas dosis.

Control reciente con creatinina 1.39 mg/dl (clearance 39 ml/min), HbA1c 6.3% y PA de 130/80 mmHg.

**Bibliografía:**

- Acute kidney injury and adverse renal events in patients receiving SGLT2-inhibitors: A systematic review and meta-analysis. Jan Menne ID. PLOS Medicine, 1-13, 2019
- Acute Kidney Injury Events in Patients With Type 2 Diabetes Using SGLT2 Inhibitors Versus Other Glucose- Lowering Drugs: A Retrospective Cohort Study. Christie Rampersad. AKJD, Volumen 76, 2020.
- SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, et al. Lancet 2018, Volumen 393.