

HEMOADSORCIÓN PREVENTIVA INTRAPABELLÓN CON CYTOSORB® EN SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO POR FASCITIS NECROTIZANTE: REPORTE DE CASO

Tomás de la Barra-Barrales¹, Salomón Sierra-Rodríguez¹, Gonzalo Correa², Juan José Villamán², Leonardo Soto-Godoy², Milena Chiappe³

1. Universidad Finis Terrae - Clínica Santa María

2. Clínica Santa María

3. Clínica Santa María

Introducción La fascitis necrotizante postprocedimientos estéticos presenta mortalidad del 30–40%¹. El síndrome de liberación de citoquinas contribuye al shock séptico refractario. La hemoadsorción con CytoSorb® ha mostrado capacidad para remover IL-6, TNF-α e IL-1^{2,3}, con reducción significativa de IL-6^{3,4}; sin embargo, la evidencia clínica proviene principalmente de series de casos y consenso de expertos⁵. Se presenta el primer caso de hemoadsorción iniciada intrapabellón para atenuar la liberación inflamatoria durante el desbridamiento quirúrgico. Caso clínico Mujer de 50 años, previamente sana, desarrolló shock séptico refractario 48 h tras liposucción abdominal con lipoinyección glútea. Ingresó con SOFA >14, lactato 68 mg/dL, IL-6 >50.000 pg/mL, PCR 602 mg/L, falla multiorgánica y requerimiento de noradrenalina 0,28 µg/kg/min, vasopresina, milrinona y azul de metileno.

ECOCARDIOGRAFÍA:

FE 40%, VTI 12 cm.

CULTIVOS:

Pseudomonas aeruginosa multisensible.

ANTIBIÓTICOS:

ceftazidima, ciprofloxacino y vancomicina. Se inició hemoadsorción 30 min antes de la incisión mediante hemodiafiltración veno-venosa continua (40 mL/kg/h), flujo 300 mL/min, sustitución 3000 mL/h. Cartucho CytoSorb® pre-hemofiltro en catéter yugular 12 Fr, sin anticoagulación sistémica.

DURACIÓN TOTAL:

52 h (dos cartuchos). Cirugía de 4 h: resección epigastrio-pubis, drenaje de flancos y glúteos, lavado con 9000 mL de suero y presión negativa -125 mmHg. Consentimiento familiar y aprobación ética obtenidos. Resultados Intraoperatoriamente, lactato 68-741 mg/dL (?40%), PAM 70-75 mmHg, SvcO₂ 46-57%, sin aumento de vasopresores. A 24 h, lactato 34 mg/dL, noradrenalina 0,23 µg/kg/min, suspensión de vasopresina y azul de metileno. A 52 h (fin hemoadsorción): lactato 24 mg/dL, noradrenalina 0,14 µg/kg/min, PCR 602-357 mg/L (?41%), FE 40-51%, VTI 12-23 cm.

EVOLUCIÓN:

retiro de milrinona día 6, noradrenalina día 9, extubación día 11, recuperación renal día 8, alta UCI día 28.

TRES REINTERVENCIONES. SECUELAS:

necrosis distal dedos II-V bilaterales y defecto de pared abdominal. Caso único sin grupo control; no es posible establecer causalidad directa entre hemoadsorción y evolución favorable, dado el manejo multimodal y ausencia de medición seriada de citoquinas. Discusión Corresponde al primer caso de hemoadsorción iniciada 30 min pre-desbridamiento en fascitis necrotizante con shock séptico refractario (SOFA>14, lactato 68 mg/dL). Estrategia preventiva comparada con la postoperatoria de Rathkamp et al.⁶ y similar a Hübner et al.⁷. La reducción de catecolaminas y lactato concuerda con la evidencia de inicio temprano (Kogelmann et al.⁸; Rugg/Bernardi et al.⁹). Aunque el ensayo REMOVE¹⁰ no demostró beneficio en SOFA ni mortalidad, este caso sugiere que la hemoadsorción “ultra-temprana” podría ser una estrategia adyuvante prometedora al desbridamiento y antibioticoterapia, orientada a prevenir el “segundo golpe” inflamatorio quirúrgico.