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

Tomás de la Barra-Barrales[1], Salomón Sierra-Rodriguez[1], Gonzalo Correa[2], Juan José Villamán[2], Leonardo Soto-Godoy[2], Milena Chiappe[3]

1. Universidad Finis Terrae - Clínica Santa María
2. Clínica Santa María
3. Clínica Santa Maria

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- ? e IL-1?[2], con reducción significativa de IL-6[3],?; sin embargo, la evidencia clínica proviene principalmente de series de casos y consenso de expertos ?. 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 ?41 mg/dL (?40%), PAM 70–75 mmHg, SvcO? 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. ? y similar a Hübner et al.?. La reducción de catecolaminas y lactato concuerda con la evidencia de inicio temprano (Kogelmann et al. ?; Rugg/Bernardi et al.?). Aunque el ensayo REMOVE[1]? 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.