

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

Tomás de la Barra-Barrales<sup>1</sup>, Salomón Sierra-Rodriguez<sup>1</sup>, Gonzalo Correa<sup>2</sup>, Juan José Villamán<sup>2</sup>, Leonardo Soto-Godoy<sup>2</sup>, Milena Chiappe<sup>3</sup>

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%<sup>1</sup>. El síndrome de liberación de citoquinas contribuye al shock séptico refractario. La hemoadsorción con CytoSorb® ha mostrado capacidad para remover IL-6, TNF- $\alpha$  e IL-1 $\beta$ , con reducción significativa de IL-6<sup>3,4</sup>; sin embargo, la evidencia clínica proviene principalmente de series de casos y consenso de expertos<sup>5</sup>. 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  $\mu$ g/kg/min, vasopresina, milrinona y azul de metileno.

## ECOCARDIOGRAFÍA:

FE 40%, VTI 12 cm.

## CULTIVOS:

Pseudomonas aeruginosa multisensible.

## ANTIBIÓTICOS:

cefazidima, 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<sup>6</sup> 125 mmHg. Consentimiento familiar y aprobación ética obtenidos. Resultados Intraoperatoriamente, lactato 68  $\pm$  41 mg/dL (?40%), PAM 70–75 mmHg, SvcO<sub>2</sub> 46 $\pm$ 57%, sin aumento de vasopresores. A 24 h, lactato 34 mg/dL, noradrenalina 0,23  $\mu$ g/kg/min, suspensión de vasopresina y azul de metileno. A 52 h (fin hemoadsorción): lactato 24 mg/dL, noradrenalina 0,14  $\mu$ g/kg/min, PCR 602  $\pm$  357 mg/L (?41%), FE 40 $\pm$ 51%, VTI 12 $\pm$ 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.<sup>7</sup> y similar a Hübner et al.<sup>8</sup>. La reducción de catecolaminas y lactato concuerda con la evidencia de inicio temprano (Kogelmann et al.<sup>9</sup>; Rugg/Bernardi et al.<sup>10</sup>). Aunque el ensayo REMOVE<sup>11</sup> 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.