

V. Pérez Cateriano\*, A.M. Lubombo Kinsay, A. Carolina Caballero Zirena y A. Álvarez Terrero

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vpc\\_51@hotmail.com](mailto:vpc_51@hotmail.com)

(V. Pérez Cateriano)

doi:10.1016/j.j.nrl.2011.01.015

## Meningitis asociada a anestesia espinal: no siempre bacteriana

### Meningitis associated with spinal anaesthesia: not always bacterial

*Sr. Editor:*

Recientemente, Laguna del Estal et al<sup>1</sup> han publicado una serie de pacientes con meningitis bacteriana asociada a analgesia y anestesia epidural, y en la discusión señalan acertadamente que se debe realizar el diagnóstico diferencial con la meningitis química<sup>1</sup>. Es importante insistir en que la meningitis inducida por la administración local de anestésicos se debe sospechar siempre que los cultivos sean negativos. El cuadro clínico que produce es indistinguible del de meningitis bacteriana, pero lo que muchos clínicos desconocen es que el líquido cefalorraquídeo (LCR) también suele serlo, mostrando pleocitosis intensa y de predominio polimorfonuclear. Estos cuadros están bien documentados con, por ejemplo, bupivacaína, que puede provocar pleocitosis de varios miles de leucocitos con porcentaje de polimorfonucleares cercanos al 100%<sup>2-4</sup>. Hay algunos hechos importantes que pueden ayudar en la distinción entre meningitis bacteriana y aséptica. El primero, el tiempo de latencia entre la anestesia epidural y la aparición de los síntomas, ya que si es menor de 6 h sugiere que se trata de meningitis química. El segundo, la presencia de eosinofilia en el LCR, que «nunca» se observa en la meningitis bacteriana y sí en la inducida por fármacos, o bien que el paciente presente atopia. El tercero, la presencia de hipoglucorraquia inferior a

30 mg/dl, propia de las formas bacterianas (aunque también descrita en las asépticas). Y, por último, la elevación franca de reactantes de fase aguda, habitual sólo en las meningitis bacterianas.

## Bibliografía

1. Laguna del Estal P, Castañeda A, López-Cano M, García Montero P. Meningitis bacteriana asociada a analgesia y anestesia espinal. *Neurología*. 2010;25:552–6.
2. Besocke AG, Santamarina R, Romano LM, Femminini RA. Meningitis aséptica inducida por bupivacaína. *Neurología*. 2007;22:551–2.
3. Santos M, Albuquerque BC, Monte R, Filho G, Alecrim M. Outbreak of chemical meningitis following spinal anesthesia caused by chemically related bupivacaine. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009;30:922–33.
4. Tateno F, Sakakibara R, Kishi M, Ogawa E. Bupivacaine-induced chemical meningitis. *J Neurol*. 2010;257:1327–9.

S. Reus Bañuls<sup>a,\*</sup>, S. Bustos Terol<sup>b</sup>, S. Olmos Soto<sup>a</sup> y D. Piñar Cabezas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

<sup>b</sup> *Sección de Neurología, Hospital Clínico de San Juan, Alicante, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [reus\\_ser@gva.es](mailto:reus_ser@gva.es) (S. Reus Bañuls)

doi:10.1016/j.j.nrl.2010.12.017

## Respuesta a meningitis asociada a anestesia espinal: no siempre bacteriana

### Reply to Meningitis secondary to spinal anaesthesia: not always bacterial meningitis

*Sr. Editor:*

Estamos de acuerdo con Reus Bañuls et al en la importancia de definir, cuando se evalúa a pacientes con síndrome meníngeo agudo y resultan negativas la tinción de Gram y los cultivos de líquido cefalorraquídeo (LCR), si se trata de una meningitis bacteriana (MB) o aséptica (MA)<sup>1</sup>. Tal diferenciación permite adecuar el tratamiento (necesidad de antibioterapia), la indicación de ingreso hospitalario

o su duración, aportar información pronóstica precisa al enfermo, etc.

La distinción entre los dos grandes grupos de meningitis agudas se plantea en casos adquiridos en la comunidad, donde la MB tendría que diferenciarse fundamentalmente de las víricas<sup>2</sup>, pero también de otras etiologías menos frecuentes, como los fármacos (trimetoprim-sulfametoxazol, antiinflamatorios no esteroideos, inmunoglobulinas, etc.), los tumores intracraneales que pueden ser causa de meningitis química (quistes dermoides, craneofaringioma, infarto de un adenoma hipofisario) o las enfermedades sistémicas que ocasionalmente cursan con participación meníngea (lupus eritematoso, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, etc.).

No es menos importante diferenciar ambas meningitis en el ámbito intrahospitalario, ya que numerosos procedimien-