

eritromicina, gentamicina, cotrimoxazol, vancomicina y resto de antibióticos probados. Tras la sospecha clínica inicial se instauró tratamiento empírico con cefotaxima (1 g/8 h IV 14 días), vancomicina (1 g/12 h IV 14 días y 5 mg/24 h intratecal 30 días). Al finalizar el tratamiento los cultivos de LCR fueron negativos.

En los 6 meses siguientes presentó dos episodios similares. Transcurrieron 4 meses hasta el segundo, y dos entre éste y el tercero. En ambos se volvió a aislar *S. epidermidis*, mostrando patrones de antibiograma idénticos al primero. La vancomicina intratecal fue el antibiótico usado. El cultivo del catéter fue negativo, pero en el *port-a-cath* se aisló *S. epidermidis* sensible a penicilina.

En el segundo episodio se planteó la situación del catéter como puerta de entrada. Se ofreció la posibilidad de colocar una bomba de perfusión continua, para evitar así la manipulación del *port-a-cath*, pero fue rechazada por la paciente. En el último episodio, de acuerdo con el servicio de medicina infecciosa se decidió retirar el catéter, tras valorar, fundamentalmente, el pronóstico de la paciente y el riesgo de afectación del SNC. Posteriormente se realizó una RM que descartó la existencia de otras lesiones como un absceso epidural⁵.

La asociación de abscesos epidurales a catéteres tiene una incidencia muy baja^{6,7}, 1/1.930 catéteres. En ellos el microorganismo más frecuente es *S. aureus*.

En pacientes portadores de estos catéteres debe balancearse la presencia de signos locales de infección, microorganismos aislados y, sobre todo, el pronóstico de su enfermedad.

Consideramos relevante el caso dado que muestra una forma muy infrecuente de complicación infecciosa por uso de catéter intraespinal, siendo éste un dispositivo usado cada vez con mayor frecuencia en la práctica diaria actual. Se han descrito infecciones cutáneas, meningitis agudas, abscesos epidurales y paraespinales e, incluso, infecciones sistémicas. Con la revisión del tema y la búsqueda en Medline (palabras clave: *meningitis, infection complicating, tunneled intraespinal catheter, epidural abscess*) no se ha encontrado ningún caso descrito en la literatura médica (1981-10/02).

Alberto Rodríguez, Melchor Riera,
Enrique Ruiz de Gopegui
y Ana María Dora

Servicio de Medicina Infecciosa. Servicio de Microbiología y Unidad del Dolor. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. Baleares. España.

Bibliografía

1. Byers K, Axelrod P, Michael S, Rosen S. Infections Complicating Tunneled Intraspinous Catheter Systems Used to Treat Chronic Pain. *Clin Infect Dis* 1995;21:403-8.
2. Dawson SJ. Epidural catheter infections. *J Hosp Infect* 2001;47:3-8.
3. Mercadante S. Problems of long-term spinal opioid treatment in advanced cancer patients. *Pain* 1999;79:1-13.
4. Schoeffler P, Pichard E, Ramboatiana R, Joyon D, Habere JP. Bacterial meningitis due to infection of a lumbar drug release system in patients with cancer pain. *Pain* 1986;25:75-7.
5. Sarubbi FA, Vásquez JE. Spinal epidural abscess associated with the use of temporary epidural catheters: Report of two cases and review. *Clin Infect Dis* 1997;25:1155-8.
6. Strong WE. Epidural abscess associated with epidural catheterization: A rare event? *Anesthesiology* 1991;19:569-72.
7. Lars P, Wang MD, Hauerberg MD, Schmidt MD. Incidence of spinal epidural abscess after epidural analgesia. *Anesthesiology* 1999;1:1928-36.

Meningitis bacteriana aguda recidivante, secundaria a infección de catéter epidural

Sr. Editor. La utilización de la anestesia intrarraquídea es una práctica conocida desde finales del siglo XIX, hoy extendida en el campo de la anestesia quirúrgica.

Las complicaciones infecciosas secundarias al uso de catéteres intraespinales¹ aparecen con una frecuencia muy baja, 0,77 por 1.000 catéteres/día. Suponen problemas potencialmente graves, meningitis, abscesos epidurales e incluso infecciones sistémicas. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia son *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis*².

Presentamos a una paciente de 41 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de un carcinoma de mama (pT₁ pN₀), con progresión ósea al cabo de 9 años, que mostró afectación occipital, dorsolumbar y sacra. La presencia de dolor óseo y falta de respuesta a analgésicos menores y mórficos por vía oral, llevó a colocar un catéter epidural con *port-a-cath* definitivo^{3,4} (unidad del dolor). Al mes de instaurar este sistema la paciente acudió al servicio de urgencias por un cuadro de fiebre de 39 °C, con cefalea intensa y vómitos, de 24 h de evolución.

A la exploración física destacaba la afectación del estado general y rigidez de nuca. Se practicó una punción lumbar, de la que se obtuvo líquido de aspecto turbio con el siguiente análisis bioquímico: glucosa, 84 g/dl; proteínas, 1,49 g/dl; leucocitos, 21.000/μl; neutrófilos, 78%; linfocitos, 24%. Los hemocultivos fueron negativos, y en el cultivo del LCR se aisló *S. epidermidis* sensible a penicilina, ciprofloxacino, clindamicina,