

## CLINICAL CORRESPONDENCE

### A case of a patient with SUNCT syndrome treated with Jannetta procedure

L Gardella, A Viruega, H Rojas & J Nagel

Sanatorio Parque, Cordoba, Rosario, Santa Fe, Argentina

Gardella L, Sanatorio Parque, Cordoba 2324, Rosario (CP 2000), Santa Fe, Argentina.

Received 12 September 2000, accepted 18 June 2001

#### Introduction

SUNCT syndrome is a rare disorder. Sjaastad (1) first described this syndrome in 1978. The patient suffers short-lasting, unilateral crisis of a neuralgic-type pain of a severe intensity, centred in the orbital/periorbital area. This pain is accompanied by conjunctival injection, tearing and rhinorhoea (2–19).

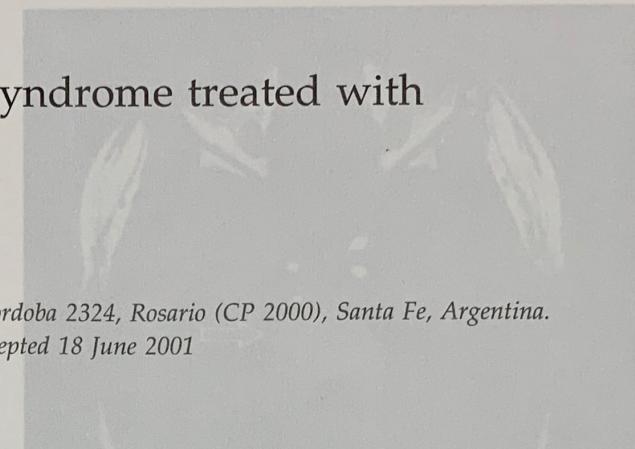
This syndrome has some similarities with cluster headache (17) and first-division trigeminal neuralgia.

The treatment is carbamacepine, amitriptyline, prednisolone, indomethacin, verapamil, ergotamine, with unlikely and uncertain results (18). Very few cases have been reported up to now:

#### Case report

A 48-year-old woman consulted a physician in April 1997 due to a painful condition in the right orbitofrontal area. She did not remember the exact date when symptoms began, but reported that they started approximately 4 or 5 years before our consultation. During those years she consulted lots of other physicians without satisfactory results. She experienced between six and seven episodes a day. The temporal pattern was about three or four times per week; of course this pattern was related to exposition to pain triggers that she had identified. Each one consisted of an abrupt and intense peak of 30–45 s, followed by a painful burning feeling that lasted for 35 min to 2 h. The after-attack burning sensation occurred systematically.

The neuralgic pain began in the medial canthus of the right eye, involving later a triangular orbitofrontal area and, with less intensity, the upper half of her right cheek. During the peak of the pain there was ocular congestion, tearing, oedema (observed only in the eyelids) and ipsilateral palpebral ptosis. Crises were not only spontaneous, but also were triggered by touching the periorbital area, brushing her teeth, yawning, chewing and washing her hair. In addition, exposure to strong



wind, lateral head movements to the right and rapid eye movements also triggered the pain. After the painful episodes she suffered from hyperesthesia in the affected area and the skin of the ipsilateral frontal region looked rough and irregular like 'sandpaper'. Neurological examination, except for the above description, was always normal. The previous clinical history and the CT scan were unremarkable. Indomethacin, amitriptyline, ergotamine and verapamil treatments were not helpful. The later use of prednisolone (60 mg daily for 6 days and then 20 mg daily for 10 days) and carbamacepine (800 mg per day for 11 weeks) brought benefit by reducing the painful crises to one or two a day, but not complete relief.

Because of these negative therapeutic results, we considered surgical methods (17, 20, 21).

#### Image techniques

The patient was studied with cerebral magnetic resonance imaging (MRI) using paramagnetic contrast. Different pulse sequences were applied with a General Electric Signa superconductive magnet of 1.5 Tesla equipment. Axial, coronal and sagittal images were made in T1 and T2. Paramagnetic contrast was also given to the patient. She was examined using F.L.A.I.R. effect, sagittal T1 effect and Fast Spin ECO T2. We also performed spectroscopic and perfusion studies.

The Fast Spin ECO T2 (Fig. 1) study showed absence of demyelinating lesions in the axial as well as in the coronal series. The region of the cerebellopontine angle was free of expansive processes. We observed an important change in a superior cerebellar artery root. This vessel made contact with the right trigeminal nerve that appeared toned down (Figs 1, 2 and 3).

Focusing on an area rather proximate to the entry zone of this artery into the pons (Fig. 4, fenesmacro)

#### Surgical technique

Under the effects of general anaesthesia with endotracheal intubation and ECG, arterial pressure and

## Malformación de Chiari. Actualización bibliográfica y presentación de un caso resuelto con Remodelación de Fosa Posterior

*Chiari Malformation. Bibliography updating and submission of a case solved with Posterior Fossa Reconstruction*

### Autores:

-Prof. Dr. Ángel J. Viruega<sup>1</sup>

- Dr. Héctor P. Rojas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jefe de Servicio de Neurocirugía. Sanatorio "Los Arroyos"

Hospital Español de Rosario.- Hospital Escuela Eva Perón.-2º Cátedra de Neurología Departamento de Cirugía Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario Rosario, Santa Fe Argentina

<sup>2</sup> Residente.

### Resumen:

Desde que fue descripta en 1891 por Hans Chiari, el conocimiento sobre esta patología presenta más incertidumbres que conceptos claros. Esto se ve reflejado desde el momento en que muchas veces nos referimos erróneamente al conjunto de esta patología como "Malformación de Arnold-Chiari", siendo el nombre correcto el de "Malformación de Chiari" puesto que fueron las investigaciones de este autor las que contribuyeron realmente al conocimiento y estudio de esta patología. La etiología y fisiopatología también fueron y son motivo de discusión. Numerosas teorías se han propuesto para explicar el origen y desarrollo de esta patología, sin embargo todavía aún hoy, con la disposición de distintos métodos de estudio como la cine-resonancia magnética que nos permiten analizar como suceden estos fenómenos, no hay unificación de criterios. Su tratamiento también es un punto de conflicto puesto que la variedad de propuestas terapéuticas de la bibliografía es amplia, tales como remodelación de fosa posterior, descompresión de la fosa posterior, shunt siringo-subaracnoideo, obliteración del óbex y muchas otras derivaciones y combinaciones de estos procedimientos. Lo que es claro, es que desde que la Resonancia Magnética Nuclear se convirtió en un medio de exploración masivo, el diagnóstico se ha hecho cada vez más frecuente, y por consiguiente esta patología se ha vuelto más "común" en la práctica diaria. Por todas estas razones es que creemos necesario una actualización y revisión de la bibliografía.

### Palabras clave:

**Malformación de Chiari, siringomielia, hidromielia, hidrocefalia, mielomeningocele.**

### Keywords:

**Chiari Malformation, Syringomyelia, Hydromyelia, Hydrocephalus, Meningomyelocele**



ISSN 0327-5019

# Revista Médica de Rosario

PUBLICACIÓN DEL CÍRCULO MÉDICO Y SUS SOCIEDADES FILIALES

VOLUMEN 67, N° 1

ENERO JUNIO 2001

## Sumario

### EDITORIAL

#### Ingreso irrestricto, egreso irrestricto y otros desafíos

*Aníbal Rodríguez Pecora* ..... 3

### TRABAJOS ORIGINALES

#### Tabla de valores normales de Doppler

#### de la arteria umbilical durante la gestación

*Edgar Zanuttini, Guillermo Carroli* ..... 6

#### Trombofilia en Rosario. Nuestra experiencia

*L. Fornasiero, S. Suárez, P. Suárez, G. Batisti,  
C. Wulfsohn, C. Fiocchi, F. L. Fedele,  
F. Fleman, M.A. Raillón, S. Morit* ..... 13

#### Intoxicaciones con evolución letal (IEL) atendidas en Rosario entre 1990 y 1999

*J. C. Piola, D. B. Prada, M. Evangelista, B. Cagna* ..... 19

#### Publicaciones biomédicas argentinas

#### indexadas en MEDLINE en el período 1965-1999

*Roberto M. García* ..... 25

### ACTUALIZACIONES

#### ¿Qué es la capilaroscopía convencional?

*Maria Bibiana Leroux* ..... 34

### CASUÍSTICA

#### Bacteriemia por enterococo vancomicina-resistente

*O. Teglia, I. Colombo, M. Dalman,  
M. Grondona, M. Ramírez,  
I. Gorosito, N. Castagnaviz, A. Greca, C. Battagliotti* ..... 39

#### Síndrome cerebral perdedor de sal

*Carlos Siegrist, Néstor Carrizo,  
Gabriela de Ascencio, Angel Viruega, Héctor Rojas,  
Mario Echecury, Noemí Vázquez* ..... 45

### MISCELÁNEA

#### Un tema de Bioética: la investigación en seres humanos

*Stella Maris Martínez* ..... 51

#### Doctores y enfermedades en "La comedia humana" de Balzac

*Christian Régnier* ..... 55

### RESÚMENES DE PUBLICACIONES

62

SANTA FE 1798 - 2000 ROSARIO - STA. FE - ARGENTINA - TEL. (0341) 421-0120 - FAX (0341) 425-9089

# ARCHIVOS DE NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y NEUROPSIQUIATRÍA

## EDITORIAL

Raúl Carrea 1917-1978

Dr. Horacio A. García

2

## ARTÍCULOS

Angioplastía carotídea con stent: experiencia inicial utilizando tres sistemas diferentes de protección cerebral

Dres. Juan Carlos Parodi y L. Mariano Ferreira 10

Angioplastía / Stenting de arterias cerebrales

Dr. Sebastián F. Ameriso 18

Valor diagnóstico de la secuencia de difusión en patología cerebral no vascular. Ensayo iconográfico

Dres. Carlos Romero y Francisco Meli 30

Traumatismo encéfalo-craneano en niños y adolescentes: un enfoque funcional

Dra. Silvia Panighini y Dr. Christian Plebst 37

Altas dosis de quimioterapia con rescate de médula ósea autóloga y/o células progenitoras de sangre periférica (TAMO) en pacientes adultos con gliomas de alto grado

Dra. Blanca Diez 48

## IMAGEN DEL MES

Hematoma subdural en paciente con hidrocefalia

52

## ATENEO

Aneurisma gigante

Dres. Angel Jesús Viruega y Héctor Rojas 54

## RESÚMENES DE CONGRESOS INTERNACIONALES

XIV Congreso Internacional de Neuropatología

59

Resúmenes de la Literatura

62



Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia  
Instituto de Investigaciones Neurológicas  
Raúl Carrea

# ANEURISMA GIGANTE

*Prof. Dr. Angel Jesús Viruega - Dr. Héctor Rojas*

Se presenta el caso de una mujer de 46 años de edad, diestra, casada, argentina, hija de padres argentinos. Como únicos antecedentes de jerarquía presenta cierta tendencia a la hipotensión arterial, fumadora de 40 cigarrillos/día de los 17 a los 23 años, con dos hijos (ambos nacidos por cesárea). Niega antecedentes personales de diabetes, hipertensión, cardiopatías, alergias, alcoholismo u otras internaciones. Como antecedentes familiares su madre está viva y sana (leve hipertensión de reciente diagnóstico) y su padre falleció hace 25 años de IAM. No hay antecedentes de jerarquía en el resto de la familia. En el momento de la consulta no tomaba medicamentos en forma habitual, salvo reguladores del tránsito gastrointestinal.

Comenzó aproximadamente once meses antes de la consulta con trastornos de la visión de inicio insidioso, pero que en un breve lapso notó una importante dificultad en su visión, razón

por la cual pensó que necesitaba regular el aumento de sus lentes. Este inicio es descripto fundamentalmente como "visión borrosa", predominantemente en el lado izquierdo de la visión. Cinco meses después agrega escotomas en la mitad izquierda de su campo visual. Presentó episodios esporádicos (2-3 en total) de cefaleas opresivas generalizadas, de baja intensidad que calmaban con analgésicos comunes; la paciente lo recuerda debido a que no eran comunes las cefaleas en ella.

Vale mencionar que desde que comenzaron los síntomas hasta el momento de la consulta el cuadro clínico varió muy poco, presentando según ella refiere, los mismos trastornos visuales instalados varios meses antes (o quizás levemente evolucionados).

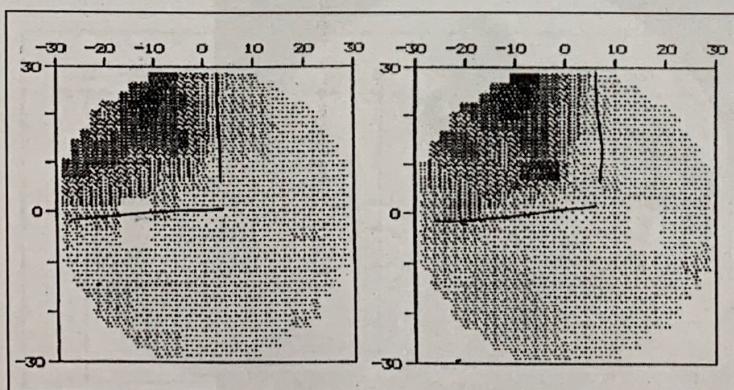


Figura 1

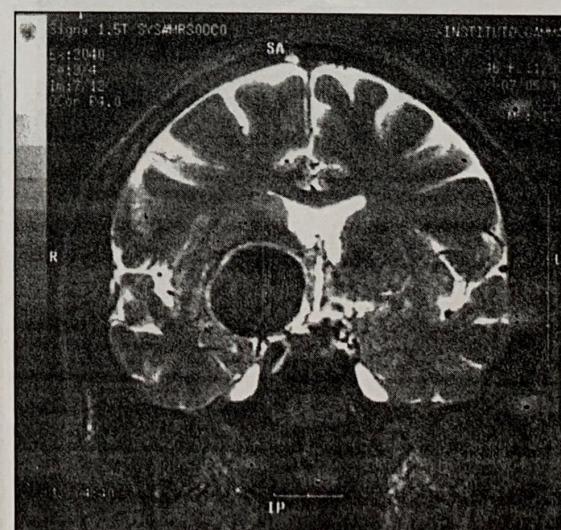


Figura 2

## **ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: MONITOREO INTRAOPERATORIO CON DOPPLER TRANSCRANEANO**

**Roberto Herrera, Héctor Rojas, José Luis Ledesma, Julián Pastore, Andrea Uez Pata**

*Sanatorio Los Arroyos, Rosario; Clínica Adventista Belgrano, Buenos Aires, Clínica Centro, Pergamino, Argentina.*

### **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the usefulness of intraoperative monitoring with transcranial doppler during the carotid endarterectomy.

**Description:** In the last two years we performed 15 carotid endarterectomies with transcranial doppler intraoperative monitoring. In all cases we didn't use a shunt during the procedure based on the monitoring results.

**Results:** All patients recovered without any neurological deficit.

**Conclusions:** Intraoperative monitoring with transcranial doppler seems to be a good method to determinate the use or not of a shunt during the procedure.

**Key words:** carotid endarterectomy, intraoperative Doppler control.

### **INTRODUCCIÓN**

El ACV se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, con pequeñas variaciones según la región geográfica. Si bien su mortalidad es elevada, quizás de mayor jerarquía sea su morbilidad, que implica un alto porcentaje de pacientes que sobreviven crónicamente con distintos grados de incapacidad y dependencia.

Se estima que la enfermedad carotídea es la responsable aproximadamente del 25% de los ACV.

Las opciones terapéuticas son el tratamiento médico, endovascular y quirúrgico.

### **DESCRIPCIÓN**

Se presenta una serie de 15 casos de endarterectomía carotídea (EC) operados desde enero de 2006 a mayo de 2007, en los cuales se utilizó sistemáticamente el monitoreo intraoperatorio con Doppler transcranea-

