

8. Leone M, Curone M, Mea E, Bussone G. Cluster-tic syndrome resolved of pituitary adenoma: the first case. *Cephalalgia*. 2004;24:1088–9.
  9. Seijo M, Castro M, Cervigon E, Conde C. Cefalea en racimos sintomática: presentación de dos casos. *Neurología*. 2000;15:406–10.
  10. Rubi-Callejón J, Arjona-Padillo A, Alonso G, Huete A, Naranjo C, Serrano-Castro PJ, et al. Los criterios diagnósticos de la IHS no permiten clasificar correctamente las cefaleas trigeminoautonómicas. *Neurología*. 2008;23:203–8.
  11. Favier I, van Vliet JA, Roon KI, Witteveen RJW, Verschuuren JJGM, Ferrari MD, et al. Trigeminal autonomic cephalalgias due to structural lesions. A Review of 31 cases. *Arch Neurol*. 2007;64:25–31.
  12. Bernal Sánchez-Arjona M, Carrillo García F, González Pérez P, Gómez-Aranda F. Síndrome de Cluster-Tic. A propósito de un caso. *Neurología*. 2009;24:506–8.
- M. Payán Ortiz\*, P. Guardado Santervás, A. Arjona Padillo y A. Aguilera del Moral
- Unidad de Neurología Clínica y Diagnóstica, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [payanortiz@hotmail.com](mailto:payanortiz@hotmail.com)  
 (M. Payán Ortiz).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.007>

## Deterioro neurológico rápido y severo asociado a degeneración cerebelosa paraneoplásica con anticuerpos anti-Yo positivos

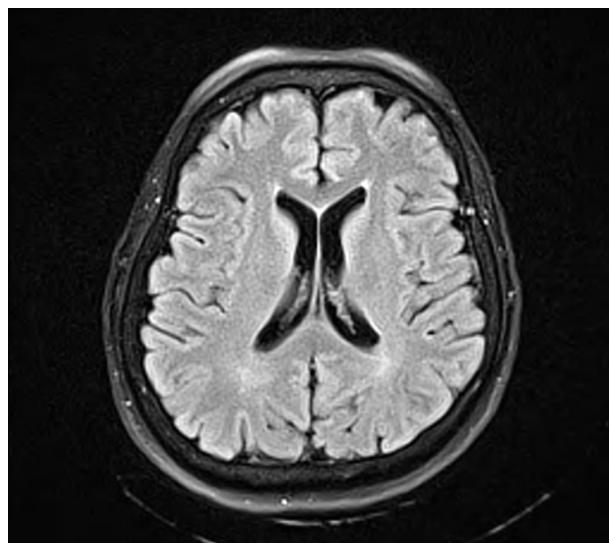
### Rapid, severe neurological impairment associated with paraneoplastic cerebellar degeneration and anti-Yo antibodies

*Sr. Editor:*

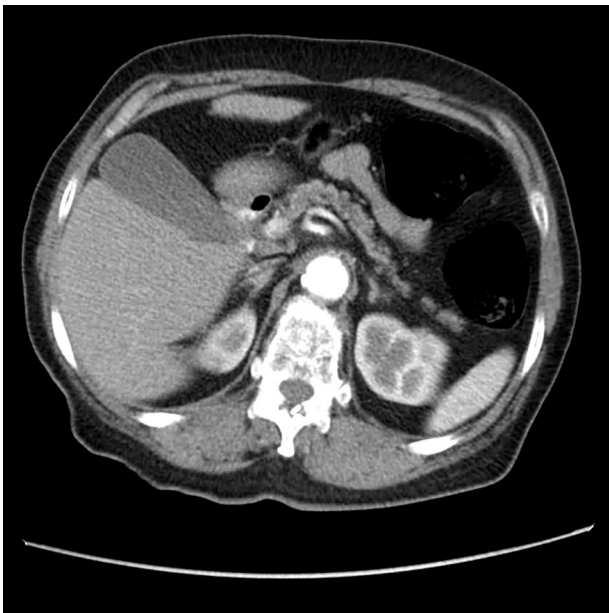
La degeneración cerebelosa paraneoplásica (DCP)<sup>1-3</sup> es un raro síndrome, más frecuente en mujeres con cáncer ginecológico<sup>4</sup>, y se caracteriza por una extensa pérdida de las células de Purkinje por anticuerpos dirigidos contra estas (anti-Yo, anti-Tr)<sup>5,6</sup> que se pueden detectar en el suero y/o líquido céfalorraquídeo (LCR)<sup>7</sup>. Estos síndromes se manifiestan con síntomas pancerebelares, incluyendo vértigo, ataxia, disartria y nistagmos<sup>8,9</sup>, usualmente expresados en etapas tempranas del tumor subyacente, lo que debe acelerar una investigación en búsqueda de una neoplasia oculta<sup>10-12</sup>.

Se trata de una mujer de 69 años, que consulta en nuestro hospital por cuadro de desviación de la mirada a la izquierda, con pérdida de la consciencia aproximadamente 5 min, hipotonía generalizada y luego hipertonía en extremidades: Como antecedentes tenía hipertensión arterial e hipotiroidismo controlados, venía con pérdida de peso 8 kg en 6 meses y una semana previa al ingreso inició cuadro de dificultad para la marcha, vértigo, visión borrosa y dificultad para hablar. En la exploración, signos vitales sin alteraciones, paciente alerta, orientada, disártrica, con dificultad para obedecer órdenes, ojos con movimientos sacádicos y nistagmo vertical, con marcada disimetría mayor izquierda en el test dedo nariz; la prueba talón-pierna-rodilla no pudo ser realizada; los reflejos tendinosos, los pares craneales y la sensibilidad, sin alteraciones. Entre las pruebas complementarias destacaban hemograma y función renal normales, Elisa para VIH y serología no reactivas, niveles de vitamina B<sub>12</sub> normales, estudio del LCR (citoquímico, directos y cultivos) sin alteraciones, resonancia magnética cerebral con gadolinio (*fig. 1*) que evidenció leucoencefalopatía microan-

giopática sin lesiones en la fosa posterior y angiorresonancia normal, por lo que se sospechó DCP. Se hicieron estudios de extensión en búsqueda de tumor primario con TC de tórax y ecografía mamaria sin alteraciones. Las TC abdominal y pélvica (*fig. 2*) reportaron: masa retroperitoneal adyacente a la tercera porción del duodeno, sin masas en ovario o anejos; se realizó una resección cuya patología reportó ganglio linfático retroperitoneal con adenocarcinoma metastásico mal diferenciado. El perfil de inmunohistoquímica no fue concluyente. Se analizó la presencia de anticuerpos anti-Hu y anti-Yo por Western Blot, encontrando este último detectable. Se iniciaron esteroides a 1 mg/kg/día; sin embargo, la paciente experimentó una mala evolución, con acentuación de síntomas cerebelosos rápidamente, con incapacidad para la bipedestación y deglución en menos de 7 días de hospitalización. Dados el deterioro clínico rápido y el mal pronóstico, se decidió no hacer más estudios ni exponer a tratamientos (plasmaféresis, inmunoglobulina) que pudieran empeorar su estado clínico sin mayor beneficio, como lo ha mostrado hasta ahora la literatura<sup>13,14</sup>. El caso des-



**Figura 1** Resonancia magnética cerebral con gadolinio secuencia FLAIR (fluid-attenuated inversion recover): leucoencefalopatía microangiopática.



**Figura 2** Tomografía computarizada abdominal con contraste en fase portal temprana: masa retroperitoneal adyacente a la tercera porción del duodeno, sin masas en el ovario o los anejos.

crítico genera inquietud respecto del beneficio de la búsqueda del tumor primario y el manejo con inmunosupresión severa en pacientes con DCP y anticuerpos anti-Yo positivos que condicionan una supervivencia que varía entre 13 y 22 meses, y el tratamiento antitumoral no tiene efecto en el resultado funcional; usualmente el deterioro es rápido y marcado<sup>6,11,15</sup>.

## Agradecimientos

Al Dra Yuri Takeuchi Tan, Dr. Andrés Felipe Echeverri García y la Dra. Yaneth Aljure.

## Bibliografía

1. Salmerón-Ato P, Medrano V, Morales-Ortiz A, Martínez-García F, Villaverde-González R, Bas A, et al. Degeneración cerebelosa paraneoplásica como inicio de un carcinoma indiferenciado de células pequeñas de páncreas. *Rev Neurol*. 2002;35:1112–5.
2. Balcells-Riba M. Anotaciones sobre la historia de los síndromes neurológicos paraneoplásicos. *Rev Neurol*. 2000;31:1204–5.
3. Braik T, Evans AT, Telfer M, McDunn S. Paraneoplastic neurological syndromes: unusual presentations of cancer. A practical review. *Am J Med Sci*. 2010;340:301–8.

4. Peterson K, Rosenblum MK, Kotanides H, Posner JB. Paraneoplastic cerebellar degeneration. I. A clinical analysis of 55 anti-Yo antibody-positive patients. *Neurology*. 1992;42:1931–7.
5. Dalmau J. Síndromes neurológicos paraneoplásicos: desde el diagnóstico de exclusión a la utilización de marcadores inmunológicos moleculares. *Neurología*. 2000;15:114–26.
6. Shams'ili S, Grefkens J, de Leeuw B, van den Bent M, Hooijkaas H, van der Holt B, et al. Paraneoplastic cerebellar degeneration associated with antineuronal antibodies: analysis of 50 patients. *Brain*. 2003;126:1409–18.
7. Furneaux HM, Rosenblum MK, Dalmau J, Wong E, Woodruff P, Graus F, et al. Selective expression of Purkinje-cell antigens in tumor tissue from patients with paraneoplastic cerebellar degeneration. *N Engl J Med*. 1990;322:1844–51.
8. Dalmau J, Gonzalez RG, Lerwill MF. Case 4-2007: a 56-year-old woman with rapidly progressive vertigo and ataxia. *N Engl J Med*. 2007;356:612–20.
9. McKeon A, Tracy JA, Pittock SJ, Parisi JE, Klein CJ, Lennon VA. Purkinje cell cytoplasmic autoantibody type 1 accompaniments: the cerebellum and beyond. *Arch Neurol*. 2011;68:1282–9.
10. Lin JT, Lachmann E, Nagler W. Paraneoplastic cerebellar degeneration as the first manifestation of cancer. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10:495–502.
11. Rojas I, Graus F, Keime-Guibert F, Reñé R, Delattre JY, Ramón JM, et al. Long-term clinical outcome of paraneoplastic cerebellar degeneration and anti-Yo antibodies. *Neurology*. 2000;55:713–5.
12. Liblau R, Benyahia B, Delattre JY. The pathophysiology of paraneoplastic neurological syndromes. *Ann Med Interne (Paris)*. 1998;149:512–20.
13. Greenlee JE. Anti-Yo autoimmunity; dangerous for the brain but not the tumor? *J Neurol Sci*. 2006;250:153–5.
14. Bonakis A, Papageorgiou SG, Mandellos D, Galani E, Kalfakis N. Acute onset paraneoplastic cerebellar degeneration. *J Neurooncol*. 2007;84:329–30.
15. Finsterer J, Voigtländer T, Grisold W. Deterioration of anti-Yo-associated paraneoplastic cerebellar degeneration. *J Neurol Sci*. 2011;308:139–41.

D. Cadavid<sup>a,\*</sup>, J.C. Díaz<sup>a</sup>, A. Masaru Shinchib  
e Y. Jesualdo Ariza<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Medicina Interna, Universidad CES, Medellín, Colombia, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

<sup>b</sup> Servicio de Neurología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

<sup>c</sup> Departamento de Epidemiología, Universidad ICESI, Cali, Colombia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dahianacadavidaljure@gmail.com](mailto:dahianacadavidaljure@gmail.com)  
(D. Cadavid).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.014>