

8. Leone M, Curone M, Mea E, Bussone G. Cluster-tic syndrome resolved of pituitary adenoma: the first case. *Cephalgia*. 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 trigeminoautónomas. *Neurología*. 2008;23:203–8.
 11. Favier I, van Vliet JA, Roon KI, Witteveen RJW, Verschuur JJGM, Ferrari MD, et al. Trigeminal autonomic cephalgias 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
(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)¹⁻³ es un raro síndrome, más frecuente en mujeres con cáncer ginecológico⁴, y se caracteriza por una extensa pérdida de las células de Purkinje por anticuerpos dirigidos contra estas (anti-Yo, anti-Tr)^{5,6} que se pueden detectar en el suero y/o líquido cefalorraquídeo (LCR)⁷. Estos síndromes se manifiestan con síntomas pancerebelares, incluyendo vértigo, ataxia, disartria y nistagmos^{8,9}, usualmente expresados en etapas tempranas del tumor subyacente, lo que debe acelerar una investigación en búsqueda de una neoplasia oculta¹⁰⁻¹².

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 conciencia aproximadamente 5 min, hipotonía generalizada y luego hipertonicidad 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, disártica, con dificultad para obedecer órdenes, ojos con movimientos sacádicos y nistagmo vertical, con marcada dismetría mayor izquierda en el test dedo nariz; la prueba talón-pierna-rodilla no pudo ser realizada; los reflejos tendinosos, los pares craneanos 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 B₁₂ 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^{13,14}. El caso des-

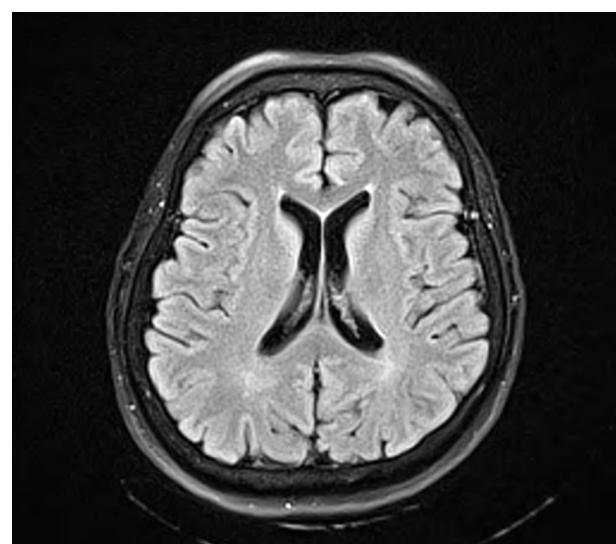


Figura 1 Resonancia magnética cerebral con gadolinio secuencia FLAIR (fluid-attenuated inversion recover): leucoencefalopatía microangiopática.



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.

crito 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^{6,11,15}.

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 inmunoabsorventes. *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, Voigtlander T, Grisold W. Deterioration of anti-Yo-associated paraneoplastic cerebellar degeneration. *J Neurol Sci.* 2011;308:139–41.

D. Cadavid^{a,*}, J.C. Diaz^a, A. Masaru Shinchi^b
e Y. Jesualdo Ariza^c

^a Medicina Interna, Universidad CES, Medellín, Colombia,
Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

^b Servicio de Neurología, Fundación Valle del Lili, Cali,
Colombia

^c Departamento de Epidemiología, Universidad ICESI, Cali,
Colombia

* Autor para correspondencia.

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

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