



Parkinsonismo asociado a síndrome de Klinefelter: Una asociación infrecuente

31°
Curso Internacional
de Investigación en
Neurociencias - 2025

029-2025

Jesús Gutierrez-Arratia^{1,2}, Eliana Diaz-Sales^{1,2}, Fitzgerald A. Arroyo-Ramirez^{1,2}, Marcela Alvarado-Morales¹, Miriam Vélez-Rojas¹, Luis Torres-Ramirez¹.

(1) Centro Básico de Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

(2) Facultad de Medicina "San Fernando", Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

Introducción

El síndrome de Klinefelter, principal causa de hipogonadismo primario en varones, se ha asociado a diversos trastornos del movimiento, siendo el más frecuente el temblor esencial; sin embargo, el parkinsonismo constituye una rara asociación. Presentamos un caso de parkinsonismo en un paciente con síndrome de Klinefelter.

Objetivos

Describir un caso de parkinsonismo en un paciente con síndrome de Klinefelter

Metodología

Reporte de un varón en seguimiento en el departamento de enfermedades neurodegenerativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Resultados

Varón de 48 años, con **infertilidad no estudiada y antecedentes familiares de enfermedad de Parkinson** (Figura 1, Heredograma). Hace cinco años inició con **rigidez, temblor en reposo y bradicinesia en mano izquierda**, con progresión a bilateral y predominio del temblor en reposo. Al examen general mostró ginecomastia, melasma facial, infantilismo genital y distribución adiposa feminoide. En la exploración neurológica se evidenció hipomimia y disminución del parpadeo; temblor de reposo de predominio derecho; bradicinesia y rigidez en rueda dentada izquierda sin inestabilidad postural (UPDRS 23). El perfil hormonal evidenció testosterona sérica de 0.056 ng/mL (VN 2.049–8.36), FSH 28.4 mUI/mL, LH 13.5 mUI/mL y prolactina 32.6 ng/mL (VN 4.0–15.2), compatible con hipogonadismo hipergonadotrófico. El cariotipo (Figura 2) confirmó 47,XXY en mosaico compatible **con síndrome de Klinefelter**. Se evidenció temblor de 5–6 Hz en reposo, postura y acción. Durante la hospitalización y seguimiento recibió **levodopa en dosis >1000 mg/día asociada a agonista dopaminérgico, propranolol, biperideno, cabergolina y reemplazo hormonal**, sin mejoría clínica significativa.

Por la refractariedad a dopaminoterapia y el contexto endocrino, se interpretó como parkinsonismo secundario a hipogonadismo.

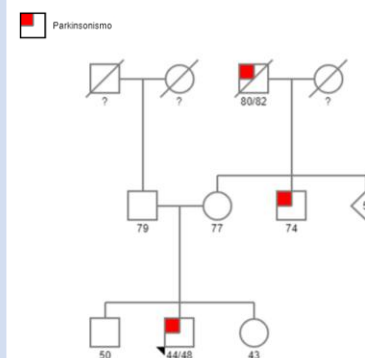


Figura 1. Heredograma

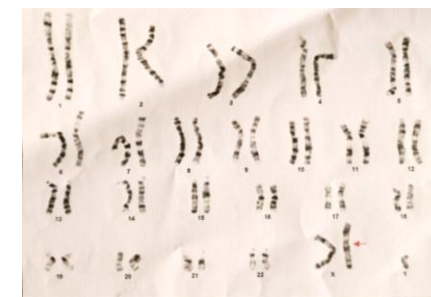


Figura 2. Cariotipo

Conclusiones

En un varón con hipogonadismo confirmado, el parkinsonismo refractario a altas dosis de dopaminoterapia sugiere una etiología secundaria, posiblemente modulada por déficit androgénico y alteración melatonérgica.

Referencias

Gonzalez-Latapi P et al. Mov Disord Clin Pract. 2021.
Fabbri M, Zibetti M et al. Neurol Sci. 2018.

Contacto

Jesús D. Gutiérrez Arratia, neuroremjesus@gmail.com



Video: Evaluación clínica