



<http://www.medicosdeelsalvador.com>

**Dr. Mauricio Ernesto Palacios Marchesini**  
**Médico Neurólogo**

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctor/epalacios>

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y POLISOMNOGRÁFICAS DEL SÍNDROME DE KLEINE- LEVIN

Palacios M., Rubiera M., Río J., Santamarina E.,  
Olabarrieta M., Alvarez-Sabin J., Jurado M.\*, Alvarez  
I.\*, MD. de la Calzada\*.  
Servicio de Neurología Hospital Vall d' Hebrón. Unidad de  
Sueño Hospital Vall d' Hebrón\*, Barcelona.

## 1 INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kleine-Levin es una enfermedad autolimitada que suele aparecer en hombres en la adolescencia, caracterizada por la tríada clínica de episodios recurrentes de hipersomnias de varios días de duración, hiperfagia y trastorno del comportamiento principalmente hipersexualidad según la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD). Además se han descrito criterios en la polisomnografía (PSG) que aunados a los criterios mayores de la enfermedad pueden ser de utilidad diagnóstica.

## 2 OBJETIVO

Mostrar la importancia de correlacionar los criterios clínicos y polisomnográficos en el diagnóstico definitivo del síndrome de Kleine-Levin.

## 3 PACIENTE Y MÉTODO

Presentamos un varón de 19 años, sin antecedentes médicos, que consultó por un año de evolución de episodios de somnolencia de 7 a 8 días de duración con intervalos asintomáticos entre episodios de 1 a 2 meses. Durante los episodios el paciente dormía hasta 20 horas diarias, lo cual limitaba sus labores, llegando a perder su empleo en dos ocasiones. Estos episodios se acompañaban de hiperfagia y aumento de la libido. El examen físico y la evaluación psiquiátrica fueron normales.

## 4 RESULTADOS

Los estudios analíticos incluyendo anemia y estudio endocrinológico fueron normales. El rastreo de fármacos y drogas en sangre y en orina fueron negativos. Se realizó electroencefalograma basal y con privación de sueño que también fueron normales. Los estudios de neuroimagen no mostraron lesiones estructurales, se realizó angio-TC abdominal descartándose shunt porto-cava.

Figura 1. Resonancia Magnética

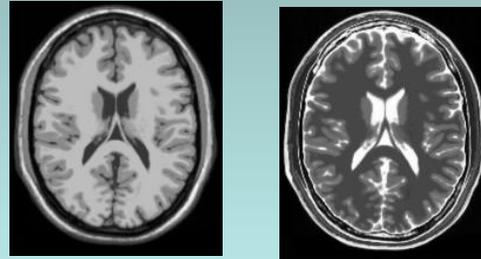


Tabla 1. Analítica

Hemoglobina	15.0 gr/dl
Hematocrito	44%
Glucosa	97 mg/dl
Creatinina	1.1 mg/dl
Urea	30 mg/dl
Sodio	140 mmol/l
Magnesio	2.4 mg/dl
AST / ALT	26 UI/l / 48 UI/l
Fosfatasa Alcalina	52 UI/l
Bilirubina Total	0.58 mg/dl
Amonemia	44 µmol/l
TSH	0.28 mU/l
T3	101 ng/dl
T4 / T4 libre	4.8 µg/dl / 0.8 ng/dl
Cortisol	15 µg/dl

Se realizaron polisomnografías durante un episodio asintomático y otro sintomático encontrándose los siguientes resultados:

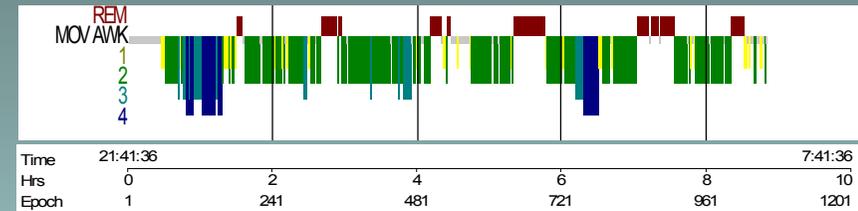


Figura 2. Polisomnografía durante un período asintomático que muestra acortamiento de la latencia del sueño REM de 63 minutos y un bajo porcentaje de sueño lento profundo (14,3%).



Figura 3. Se realizó una polisomnografía de 16 horas y 50 minutos de duración con un tiempo total de sueño incrementado (12 horas y 50 min), una latencia de sueño REM acortada (6,5 minutos) y un bajo porcentaje de sueño lento profundo (9,7%).

## 5 CONCLUSIÓN

El diagnóstico del síndrome de Kleine-Levin se basa en la presencia de los criterios clínicos propuestos por la ICDS, los cuales cumple nuestro paciente: períodos recurrentes de excesiva somnolencia, aparición típica en la adolescencia, varón, acompañado de hiperfagia e hipersexualidad. También se encontraron hallazgos característicos en la PSG siendo el más relevante el acortamiento de la latencia del sueño REM (< 70 min.), que en nuestro paciente estaba levemente acortada en período asintomático (63 min.) y claramente alterada en período sintomático (6.5 min.), sin encontrarse otras causas que pudieran provocar la hipersomnias. Esto sugiere que los hallazgos en la PSG, especialmente el acortamiento de la latencia del sueño REM, son una herramienta importante en el diagnóstico definitivo del síndrome de Kleine-Levin.