



18571 - IMPORTANCIA DE LA TOPOGRAFÍA EN LA TALAMOTOMÍA PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE PREDOMINIO TREMÓRICO

Natera Villalba, E.¹; Pineda-Pardo, J.A.²; del Álamo, M.²; Matarazzo, M.¹; Rodríguez-Rojas, R.²; Martínez-Fernández, R.¹; Obeso, J.¹

¹Servicio de Neurología. HM Universitario Puerta del Sur; ²Servicio de Neurociencias. HM Universitario Puerta del Sur.

Resumen

Objetivos: La ablación unilateral del núcleo ventral intermedio (Vim) del tálamo (talamotomía) mediante ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU) es segura y eficaz para temblor parkinsoniano. La experiencia acumulada en últimos años muestra variabilidad en grado de mejoría. **Objetivos:** definir topografía de talamotomía por HIFU correlacionada con mayor grado de mejoría del temblor en pacientes con EP de predominio tremórico (EPPD).

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron 28 pacientes EPPD ($72,3 \pm 7,1$ años; duración enfermedad $7,9 \pm 4,0$ años) sometidos a talamotomía unilateral por HIFU (2015-2021) para tratar temblor refractario a fármacos. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: respondedores (mejoría del temblor en off-medicación $> 80\%$ en MDS-UPDRS-III en última valoración, mediana seguimiento 6 meses) y no respondedores (mejoría 80%). El análisis topográfico de las lesiones se realizó mediante RM-cerebral 24h posprocedimiento e incluyó el volumen total de lesión y grado de superposición de esta sobre Vim y región subtalámica inmediatamente ventral. Prueba t para 2 muestras no emparejadas para correlaciones clínico-topográficas.

Resultados: En evaluación basal puntuación MDS-UPDRS-III total era $40,0 \pm 11,2$, con $7,1 \pm 1,4$ correspondientes al temblor (reposo + postural + acción) en lado más afectado. Trece pacientes fueron respondedores, con mejoría media $94 \pm 8\%$. El temblor postural, acción y reposo se redujeron $96,2 \pm 13,9\%$, $100 \pm 0\%$ y $88,2 \pm 17,3\%$, respectivamente. El grupo no-respondedor ($n = 15$) mejoró $37 \pm 17\%$ para temblor total, $45,6 \pm 24,0\%$, $37,5 \pm 48,3\%$ y $35,0 \pm 27,0\%$ para temblor postural, acción y reposo, respectivamente. Dos pacientes del grupo no-respondedor recibieron retratamiento. El volumen medio de lesión fue significativamente ($p = 0,0077$) mayor en grupo de respondedores que en no-respondedores, con mayor extensión hacia región subtalámica ($p = 0,0355$). No hubo diferencias en volumen de impacto sobre Vim ($p = 0,3636$). La frecuencia de eventos adversos fue similar en ambos grupos (38 vs. 33%). La mayoría fueron leves, transitorios y no invalidantes.

Conclusión: En pacientes EPPD, talamotomía por HIFU debe involucrar volumen suficientemente amplio, abarcar la región subtalámica dorsal para optimizar resultado clínico del temblor. Estos datos no apoyan realizar lesiones pequeñas intra-Vim para tratar temblor parkinsoniano.