



Neurology perspectives



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±7,1 años; duración enfermedad 7,9±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 ± 11,2, con 7,1 ± 1,4 correspondientes al temblor (reposo + postural + acción) en lado más afectado. Trece pacientes fueron respondedores, con mejoría media 94 ± 8%. El temblor postural, acción y reposo se redujeron 96,2 ± 13,9%, 100 ± 0% y 88,2 ± 17,3%, respectivamente. El grupo no-respondedor (n = 15) mejoró 37±17% para temblor total, 45,6 ± 24,0%, 37,5 ± 48,3% y 35,0 ± 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.