

**Resultados:** Se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos dentro de las medidas oculares (nº de fijaciones y movimientos sacádicos) en cada una de las tareas del ET. Adicionalmente, las diferencias presentes en medidas oculares se ven correlacionadas en las pruebas neuropsicológicas tradicionales.

**Conclusión:** Este es uno de los primeros estudios que utilizan la tecnología de Eye tracking para la detección temprana del DCL en España. Las diferencias observadas entre los grupos en las medidas derivadas del *Eye Tracker* dan soporte empírico para la validación de este tipo de dispositivos para apoyar el diagnóstico de DCL.

## Trastornos del movimiento P1

### 19558. MÁS ALLÁ DEL TEMBLOR ESENCIAL: TALAMOTOMÍA MEDIANTE ULTRASONIDOS DE ALTA INTENSIDAD GUIADO POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN SÍNDROME DE ATAXIA/TEMBLOR ASOCIADO A X FRÁGIL

Fernández Revuelta, A.<sup>1</sup>; Ribacoba Díaz, C.<sup>1</sup>; Hidalgo, B.<sup>1</sup>; Yus, M.<sup>2</sup>; Pérez García, C.<sup>2</sup>; López Valdés, E.<sup>1</sup>; García-Ramos, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos.

**Objetivos:** El síndrome de ataxia/temblor asociado a X frágil (FXTAS) es una enfermedad neurodegenerativa causada por una premutación del gen FMR1 que cursa con temblor de acción y ataxia cerebelosa. En estos pacientes, se han valorado tratamientos como la estimulación cerebral profunda con resultados contradictorios. El uso de la talamotomía por ultrasonidos de alta intensidad guiado por resonancia magnética (MRg-FUS) se ha descrito en escasos casos en la literatura.

**Material y métodos:** Presentamos un paciente con FXTAS que ha sido tratado mediante MRg-FUS.

**Resultados:** Varón de 61 años, sin antecedentes personales ni familiares, con diagnóstico inicial de temblor esencial. En la exploración neurológica, presenta temblor postural de ambos miembros superiores, sin otra focalidad. En la *Clinical Rating Scale of Tremor* (CRST) puntúa 20 en el subapartado A, 28 en el B y 17 en el C. En resonancia magnética, se objetiva hiperintensidad de ambos pedúnculos cerebelosos medios y sustancia blanca cerebelosa, compatible con FXTAS. Se realiza estudio genético que confirma la premutación del gen FMR1. Dado la limitación para sus actividades y la refractariedad al tratamiento oral, se decide realizar una talamotomía de VIM izquierdo mediante MRg-FUS con una mejoría del 83% del temblor de la mano derecha y del 88% en el subapartado C de CRST. Como efectos secundarios tras el tratamiento, presenta una leve inestabilidad subjetiva sin alteraciones en la exploración.

**Conclusión:** La talamotomía unilateral por MRg-FUS podría tratarse de un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con FXTAS con un fenotipo tremórico, sin presentar un empeoramiento importante de la ataxia de la marcha.

### 19738. ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA: LA TECNOLOGÍA BRAINSENSE EN LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

Rebollo Pérez, A.; Gómez Esteban, J.; Fernández Valle, T.; Ruiz López, M.; Moreno Estébanez, A.; Rodríguez-Antigüedad Zarrantz, A.; Fernández Rodríguez, V.; Fernández Llaena, L.; Valido Reyes, C.; Anciones Martín, V.; Martín Prieto, J.; Sifontes Valladares, W.; Lagüela Alonso, A.; Tijero Merino, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces.

**Objetivos:** Describir la evolución clínica de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada en tratamiento con estimulación cerebral profunda (ECP) y analizar si existen diferencias en función del tipo de dispositivo empleado: Infinity vs. Percept con tecnología Brainsense.

**Material y métodos:** Se incluyen 20 pacientes con EP avanzada recogidos de la consulta monográfica de trastornos del movimiento del HUC que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico con ECP. Se han dividido en dos grupos en función del tipo de sistema empleado: 10 pacientes con dispositivo Infinity-St. Jude y 10 pacientes con dispositivo Medtronic con tecnología Brainsense. Se ha analizado la evolución clínica a partir de la puntuación basal *on/off* obtenida en la escala UPDRS I-IV previa a la cirugía y al año de la intervención. Así mismo, se han comparado los resultados obtenidos entre ambos grupos.

**Resultados:** El 80% de los pacientes eran hombres. La edad media de debut de la EP era similar en ambos grupos. Se objetiva una mejoría de puntuación en todas las categorías (I-IV) en la escala UPDRS anual poscirugía respecto a la puntuación basal precirugía con ambos dispositivos. La mejoría más llamativa ha sido la de los síntomas motores en *off*, objetivándose una disminución media de > 17 puntos en este apartado. No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones obtenidas con los dos dispositivos.

**Conclusión:** Este estudio reafirma la eficacia de la terapia de ECP en la EP avanzada. Así mismo, no se han objetivado diferencias en cuanto a eficacia, basada en la puntuación escala UPDRS, entre ambos dispositivos.

### 19091. ESCLEROSIS LATERAL PRIMARIA, UNA ENTIDAD HETEROGÉNEA: DESCRIPCIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE UNA SERIE DE CASOS Y HALLAZGOS EN RM CRANEAL AVANZADA

Erdocia Goñi, A.<sup>1</sup>; Jericó Pascual, I.<sup>1</sup>; Miguel Navas, P.<sup>1</sup>; Imizcoz Osés, M.<sup>2</sup>; Cabada Galdas, T.<sup>2</sup>; Díaz, J.<sup>3</sup>; Quizhpilema, J.<sup>4</sup>; Arrondo Gómez, P.<sup>5</sup>; Erro Aguirre, E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>3</sup>Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>4</sup>Universidad Pública de Navarra; <sup>5</sup>Unidad de Neuroepigenética. Navarrabiomed.

**Objetivos:** Conocer las características clínico-radiológicas de una serie de casos de esclerosis lateral primaria (ELP) y buscar biomarcadores de neuroimagen mediante el análisis de las diferencias radiológicas entre pacientes con ELP, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y controles sanos.

**Material y métodos:** Se describen las características sociodemográficas, clínicas y neurorradiológicas de 15 pacientes con ELP. En 10 pacientes se realizaron secuencias específicas de RM craneal 3T (T1WI, T2, FLAIR, SWI, DTI, ASL y BOLD) y se compararon con pacientes con ELA y controles sanos.

**Resultados:** Edad media al debut 63,3 años. 9 (60%) mujeres. 10 (66,7%) ELP plus. Entre los ELP plus (10), la mayoría (80%) presentaba un parkinsonismo asimétrico asociado al síndrome piramidal, siendo la bradicinesia y rigidez los signos parkinsonianos más frecuentes. Se observó oftalmoparesia y demencia frontotemporal en 2. Un paciente con ELP plus debutó con apraxia progresiva del habla. La forma de presentación más frecuente entre las ELP puras fue la monoparesia espástica con piramidalismo (60%). El DAT SCAN fue patológico en 4. No se encontraron mutaciones genéticas. Se dispone de un estudio anatomopatológico compatible con una taupatía globular glial (GGT). En el análisis comparativo de RM se objetivó en los pacientes con ELP mayor atrofia cortical global y rolándica con predominio derecho respecto a controles, y más atrofia cortical precentral respecto a ELA.

**Conclusión:** La ELP es una entidad heterogénea. Las distintas formas clínicas de ELP (ELP pura/plus), podrían estar relacionadas con distintas características neurorradiológicas y, a su vez, con diferentes bases neuropatológicas. La RM craneal podría ser útil como biomarcador de neuroimagen en el diagnóstico de esta entidad.

### 19236. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS SOBRE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ECP) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Cuenca Juan, F.<sup>1</sup>; Martínez Fernández, I.<sup>1</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>1</sup>; González Villar, E.<sup>1</sup>; Martínez Martín, A.<sup>1</sup>; Ocaña Mora, B.<sup>1</sup>; Sánchez Morales, L.<sup>1</sup>; Mazarro Serrano, E.<sup>2</sup>; Redondo Peñas, I.<sup>3</sup>; Fernández Valiente, M.<sup>4</sup>; Palazón García, E.<sup>1</sup>; Perona Moratalla, A.<sup>1</sup>; Sandoval Valencia, H.<sup>5</sup>; Segura Martín, T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Almansa; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Villarrobledo; <sup>5</sup>Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos:** Dentro de los trastornos del movimiento destacan la enfermedad de Parkinson idiopática (EPI), temblor esencial (TE) o distonías. Su fisiopatología se basa en la afectación de los ganglios basales o sus vías. Así, ante pacientes de difícil manejo disponemos de ECP como opción terapéutica. Objetivo principal: análisis descriptivo sobre variables sociodemográficas de todos los pacientes intervenidos mediante ECP. Secundarios: evaluar la evolución de UPDRS-III y LED (dosis equivalente de levodopa) previo a la cirugía, y tras 1, 5 y 10 años.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital terciario incluyendo todos los pacientes intervenidos mediante ECP entre marzo de 2007 y diciembre de 2022.

**Resultados:** Total de 92 pacientes (56 hombres, 36 mujeres), 75 presentaban EPI, 16 TE y 1 distonía. Edad media de intervención de 59,8 años en EPI, 65,2 en TE y 56 en distonía. Sobre el fenotipo de EPI, 48% rígido-acinético y 52% tremórico. Acerca del seguimiento del estimulador, 76,4% siguen en este centro, 7,8% fallecieron (ninguno por la cirugía), 2,2% retirados y 13,4% seguidos en otros centros. La puntuación UPDRS-III media previa a cirugía fue 33,6; al año 8,36; a los cinco 13,7 y a los diez 17,8. El valor medio de LED previo fue 1179,81; al año 795,13; a los cinco 925,55 y a los diez 1004,87.

**Conclusión:** Se muestra la experiencia de 15 años de ECP en un centro terciario, afirmando que esta técnica es segura y eficaz en pacientes seleccionados al menos a los 10 años de seguimiento, conforme a la bibliografía vigente.

### 19894. ESTUDIO EXPLORATORIO DEL PAPEL DE LA PATOLOGÍA AMILOIDE EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Olmedo Saura, G.<sup>1</sup>; Pérez Pérez, J.<sup>1</sup>; Martínez Horta, S.<sup>1</sup>; Horta Barba, A.<sup>1</sup>; Vázquez Oliver, A.<sup>2</sup>; Campolongo, A.<sup>1</sup>; Rivas Asensio, E.<sup>1</sup>; Puig Davi, A.<sup>1</sup>; Alcolea, D.<sup>1</sup>; Pagonabarraga, J.<sup>1</sup>; Kulisevsky, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERNED.

**Objetivos:** La enfermedad de Huntington (EH) es secundaria a la mutación del gen de la huntingtina (HTT). Tradicionalmente se ha considerado el acúmulo de la proteína huntingtina mutada (mHTT) como el principal factor involucrado en la muerte neuronal. Sin embargo, evidencia reciente muestra que hay otras proteinopatías implicadas en el proceso patológico de la enfermedad. Nuestro objetivo es evaluar la presencia de copatología amiloide y Tau en la EH y su posible papel en la evolución del deterioro cognitivo de los pacientes.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal, analítico, de una cohorte de pacientes con confirmación genética de EH y controles. Los pacientes se agruparon en presintomáticos a nivel motor (preEH, DCL < 4), y sintomáticos (EH, DCL = 4). Se cuantificaron los niveles de abeta42, ratio abeta42/40 y Tau total (t-Tau) a través de la plataforma Simoa en líquido cefalorraquídeo (LCR).

**Resultados:** Se incluyeron 79 individuos: 27 preEH, edad = 37 ± 8 años, 15 varones; 24 sintomáticos, edad = 50 ± 10 años, 10 varones y 28 controles (14 control preEH, 14 control-EH) edad = 43 ± 14, 11 varones. Niveles de abeta-42 control-preEH 929 ± 339; preEH 756 ± 285; control-EH 868 ± 457; EH 1003 ± 430 (p = 0,15) Niveles de t-Tau control-preEH

85 ± 22; preEH 82 ± 34; control-EH 100 ± 56; EH 119 ± 43 p = 0,01. Ratio abeta-42/40 control-preEH 0,10; preEH 0,08; control-EH 0,11; EH 0,083; p < 0,001.

**Conclusión:** No se encontraron diferencias en los niveles de abeta-42 entre grupos (p = 0,15), sin embargo, sí que observamos diferencias estadísticamente significativas en la ratio abeta-42/40 (p < 0,001) y en los niveles de t-Tau (p = 0,01) entre grupos.

### 19263. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISTONÍA SENSIBLE A LEVODOPA (DRD)

Cobo Roldán, L.; Rodríguez Lavado, I.; Peral Quirós, A.; López Cuiña, M.; Cáceres Redondo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía.

**Objetivos:** La distonía sensible a levodopa (DRD) es un síndrome clínico de distonía fluctuante de inicio generalmente crural, debut en la infancia y buena respuesta a levodopa. Describimos el fenotipo, evolución clínica, así como dosificación de levodopa durante el transcurso de la enfermedad en nuestra serie de pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda de casos de DRD de la consulta monográfica de trastornos del movimiento del servicio de neurología de nuestro centro. Describimos: edad, síntomas de inicio, fenotipo, evolución y dosis de levodopa de los pacientes.

**Resultados:** Se encontraron 10 pacientes de 4 familias diferentes, confirmados genéticamente con mutación en el gen GCH1. El 50% varones y 50% mujeres, con una media de edad 43,6 años. La mediana de latencia al diagnóstico fue de 3,5 años (RIC 25,75). Entre los diagnósticos iniciales: 1/10 parálisis cerebral, 1/10 trastorno funcional, 1/10 hipocalcemia, 3/10 origen desconocido y solo 3/10 casos fueron diagnosticados inicialmente como DRD. Los signos y/o síntomas más frecuentes fueron fluctuaciones diurnas (10/10, 100%), distonía de miembros inferiores (8/10, 80%) y parkinsonismo (4/10, 40%). Todos los pacientes fueron tratados con levodopa/inhibidor de dopa-descarboxilasa con una media de dosis de inicio de 247,08 ± 71,96 mg y mantenimiento de 249,2 ± 143,37 mg. El 80% mantiene tratamiento con dosis inferiores a 350 mg/día, manteniéndose el 60% asintomáticos y 40% con síntomas leves: temblor y distonía cervical.

**Conclusión:** El diagnóstico de sospecha de DRD es importante dada la buena respuesta de la distonía a la levodopa; en nuestra serie, las dosis de levodopa, se mantuvieron estables en el tiempo.

### 18758. QUISTE NEUROGLIAL MESENCEFÁLICO CON FENOTIPO CLÍNICO Y PATRÓN PET CEREBRAL CON 18F-FDG QUE IMITA UNA PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

Espinoza Vines, C.<sup>1</sup>; Betech Antar, V.<sup>2</sup>; Arrondo Elizaran, C.<sup>3</sup>; Martí-Andrés, G.<sup>4</sup>; Rivero Rodríguez, D.<sup>5</sup>; Solís Barquero, S.<sup>6</sup>; García Eulate, M.<sup>6</sup>; Arbizu, J.<sup>2</sup>; Luquin, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universitaria de Navarra; <sup>3</sup>Servicio de Neuropsicología. Clínica Universitaria de Navarra; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; <sup>6</sup>Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra.

**Objetivos:** Describir las manifestaciones clínicas y los hallazgos de neuroimagen estructural y funcional en una paciente con un quiste mesencefálico.

**Material y métodos:** Descripción de un caso.

**Resultados:** Mujer de 87 años con historia de dos años de torpeza motora en las extremidades derechas y alteración de la marcha. Presentaba antecedentes patológicos de un GIST que fue extirpado y un quiste mesencefálico izquierdo diagnosticado hace cinco años, que se consideró un hallazgo incidental. En la exploración neurológica actual presentaba disartria, apraxia bimanual y parálisis supranuclear de la

mirada vertical. Bradicinesia en hemisferio derecho. Marcha inestable con pasos cortos y disminución de braceo predominantemente derecho. El resto de la exploración fue normal. La valoración cognitiva reveló un deterioro cognitivo leve disejecutivo. La RM cerebral actual mostró una imagen de bordes definidos en el hemisferio izquierdo con aumento significativo de tamaño (13 mm de diámetro) con respecto a la previa (hace 7 años). La tractografía mostró alteración en la anisotropía fraccional; distorsión del tracto corticoespinal izquierdo; y sustancia negra. Dos PET con 18F-dopa realizados con tres años de diferencia no mostraron alteraciones. La PET cerebral con 18F-FDG reveló hipometabolismo cortical frontal dorsomedial y dorsolateral bilateral de predominio izquierdo en cuerpo y cola del caudado, tálamo y mesencéfalo izquierdos sugestivo de PSP.

**Conclusión:** Presentamos un caso con un fenotipo clínico y patrón metabólico cerebral al descrito en la PSP. La lesión mesencefálica podría producir modificaciones en el metabolismo cerebral y dar lugar al fenotipo observado en nuestro paciente. No podemos descartar un proceso degenerativo subyacente.

## 19252. TRATAMIENTO DEL TREMOR REFRACTARIO MEDIANTE ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA INTENSIDAD (HIFU)

Cobo Roldán, L.<sup>1</sup>; Cáceres Redondo, M.<sup>1</sup>; Rodríguez Lavado, I.<sup>1</sup>; Ordoñez Carmona, M.<sup>2</sup>; Escribano Mesa, J.<sup>2</sup>; Costa Valarezo, A.<sup>1</sup>; Peral Quirós, A.<sup>1</sup>; Roldán Romero, E.<sup>3</sup>; Fernández Valverde, F.<sup>3</sup>; Solivera Vela, J.<sup>2</sup>; Ramos Gómez, M.<sup>3</sup>; Álvarez Benito, M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; <sup>2</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Reina Sofía; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Reina Sofía.

**Objetivos:** Presentar la implantación de la técnica en nuestro centro.

**Material y métodos:** La implantación se ha realizado creando un equipo multidisciplinar de trastornos del movimiento expertos en su campo y con experiencia en cirugía funcional. Se ha creado un circuito de derivación con criterios de inclusión y exclusión para pacientes de toda la Comunidad Autónoma. Se ha creado, además, un Registro de Datos de la Vida Real, en el que se recogen sistemáticamente datos sobre la situación basal, tratamiento, evolución y eventos adversos. Se ha realizado RM a las 0h, 24h, 3 semanas y 6 meses. Además, se ha realizado la evaluación sistemática del tracto dento-rubro-talámico (BrainLab Elements).

**Resultados:** Se han tratado 32 pacientes con temblor refractario, 60% varones en su mayoría con historia familiar. La mediana de la escala CRST (A + B de la mano tratada) pretratamiento fue 21 (RIC: 19-25). En todos se hizo tratamiento unilateral del lado más incapacitante (92% lado derecho, Vim izquierdo); SDR promedio 0,53; 6 sonicaciones totales de promedio; temperatura máxima alcanzada 63 °C ± 3°C, alcanzado una energía máxima de 16,574J ± 9,776J. La mediana del CRST postratamiento fueron comparativamente menores (RIC: 4-8) que la pretratamiento (p < 0,01). Las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron náuseas y cefalea. Las complicaciones más frecuentes a las tres semanas fueron: 34,8% inestabilidad y 17,4% dismetría.

**Conclusión:** La lesión unilateral del Vim mediante HIFU en pacientes con temblor refractario es una técnica segura y efectiva. El trabajo multidisciplinar es la clave para el éxito en la implantación de la tecnología.

## 19321. ESTADO NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA: RESULTADOS PRELIMINARES A 6 MESES

Ayo Mentxakatorre, N.<sup>1</sup>; Ortiz de Echevarria, A.<sup>2</sup>; Acera Gil, M.<sup>2</sup>; Tijero Merino, B.<sup>1</sup>; Fernández-Valle, T.<sup>1</sup>; Ruiz-López, M.<sup>1</sup>; Chavarri Rubio, I.<sup>1</sup>; Gómez-Esteban, J.<sup>1</sup>; del Pino, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia. Hospital Universitario de Cruces.

**Objetivos:** Analizar el estado nutricional a nivel longitudinal en 3 grupos de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) en tratamiento con levodopa/carbidopa intestinal (Duodopa), estimulación cerebral profunda (DBS) o levodopa oral (L-dopa).

**Material y métodos:** Realizamos un estudio piloto longitudinal con 45 pacientes a nivel basal (16 L-dopa, 13 Duodopa y 16 DBS) y 37 pacientes a los 6 meses (12 L-dopa, 11 Duodopa y 14 DBS). Al inicio de la terapia evaluamos el estado nutricional mediante *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y peso, vitaminas B6-B12, homocisteína y proteinograma, síntomas motores (UPDRS) y no motores (NMSS), calidad de vida y estado cognitivo general. A los 6 meses se reevaluó solo el estado nutricional con el MNA y peso. Realizamos ANOVA de un factor y *post hoc* de Tukey para observar las diferencias entre el grupo al inicio y medidas repetidas incluyendo peso y MNA en el estudio longitudinal preliminar a 6 meses.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento de L-dopa y la Duodopa a nivel nutricional en la albúmina (p < 0,001) y homocisteína (p < 0,011) a nivel basal. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a nivel nutricional a los 6 meses, pero sí se observó una mejoría significativa en el MNA en el grupo de Duodopa.

**Conclusión:** Nuestros resultados preliminares señalaron que inicialmente hay diferencias nutricionales significativas entre grupos, pero a los 6 meses parece que el estado nutricional de los pacientes se estabiliza e incluso mejoran la puntuación en escalas como el MNA en el grupo de Duodopa.

## 19640. INESTABILIDAD DE LA MARCHA TRAS TALAMOTOMÍA MEDIANTE MRG-FUS: ¿CUÁL ES SU CAUSA?

Fernández Revuelta, A.<sup>1</sup>; Ribacoba Díaz, C.<sup>1</sup>; Sánchez Boyero, M.<sup>1</sup>; López Valdés, E.<sup>1</sup>; Pérez, C.<sup>2</sup>; Yus, M.<sup>2</sup>; López-Frías, A.<sup>2</sup>; García-Ramos, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos.

**Objetivos:** La inestabilidad de la marcha es el efecto adverso más frecuente tras la talamotomía mediante ultrasonidos focalizados de alta intensidad guiados por resonancia magnética (MRg-FUS). Estudios con imagen funcional han demostrado que las vías vestibulares emiten proyecciones a subnúcleos talámicos y posteriormente al córtex somatosensorial y motor. El objetivo es conocer la fisiopatología de la inestabilidad tras talamotomía mediante MRg-FUS con diana en el núcleo ventral intermedio del tálamo.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de la inestabilidad de la marcha en 26 pacientes con temblor esencial tratados mediante MRg-FUS. Se realizó una exploración vestibular incluyendo video head impulse test (vHIT) antes y 24 horas después del tratamiento.

**Resultados:** La media del score del HIT derecho pretratamiento fue 1,10 ± 0,26 y postratamiento fue 1,04 ± 0,22 (p = 0,17). La media del HIT izquierdo pretratamiento fue 0,97 ± 0,19 y, postratamiento, 0,92 ± 0,23 (p = 0,19). La media de la velocidad sacádica en el lado derecho pretratamiento era 336,19 ± 39,34 °/s y postratamiento era 319 ± 71,68 °/s (p = 0,18). En el izquierdo, la velocidad sacádica media pretratamiento fue 355,07 ± 51,20 °/s y, posteriormente, 329,62 ± 75,76 °/s (p = 0,06). En el subgrupo con inestabilidad (26,92%), tampoco existieron diferencias significativas. En 4 pacientes (15,38%), el HIT pasó a ser patológico (< 0,8) tras el tratamiento con MRgFUS.

**Conclusión:** Se ha objetivado un empeoramiento leve en las pruebas realizadas en la exploración vestibular, siendo el HIT patológico en un 15,38% de los pacientes tras el tratamiento. Sin embargo, no se objetivaron diferencias significativas que permitan concluir que la afectación de las vías vestibulotalámicas son la causa de la inestabilidad.

## 18972. INSTAURACIÓN DE INFUSIÓN INTESTINAL CONTINUA DE LEVODOPA/CARBIDOPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA, SIN INGRESO HOSPITALARIO, EN COLABORACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Matute Tobías, B.<sup>1</sup>; Martín Blanco, N.<sup>2</sup>; Marco Galilea, M.<sup>2</sup>; López Calvo, S.<sup>1</sup>; López Álava, S.<sup>1</sup>; Zabalza Azparren, M.<sup>2</sup>; Vitoria Alonso, M.<sup>2</sup>; Fernández Rosáenz, H.<sup>3</sup>; Antón Botella, F.<sup>2</sup>; Marzo Sola, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; <sup>2</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital San Pedro; <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital San Pedro.

**Objetivos:** Describir el protocolo de instauración del tratamiento con infusión intestinal continua de levodopa/carbidopa (IICLC) en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada (EPA) sin necesidad de ingreso hospitalario, gracias a un circuito multidisciplinar entre el servicio de neurología (NRL) y la unidad de hospitalización a domicilio (HAD) de nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EPA (con fluctuaciones motoras y no motoras) que han iniciado tratamiento con Duodopa sin necesidad de ingreso hospitalario, gracias a la colaboración entre los Servicios de NRL, HAD y Digestivo. Se ha evaluado la seguridad del procedimiento, la idoneidad en la optimización de la dosis individual al inicio del tratamiento y el grado de satisfacción del paciente.

**Resultados:** 5 pacientes: 4 varones, rangos de edad entre 57 y 73 años. Duración media de la enfermedad: 9 años (rango 7-11). Dosis media de Duodopa: 1100 mg/día (rango 1.000-1.250). Un paciente con estimulación cerebral profunda previa (DBS). Colocación de sonda nasoduodenal y optimización de dosis de Duodopa en domicilio. Cuatro pacientes completaron el tratamiento. Complicaciones: un paciente presentó dolor peristoma por técnica dificultosa gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y en otro caso se produjo arrancamiento accidental de la sonda nasoduodenal que se recolocó en su domicilio.

**Conclusión:** La instauración de IICLC, en colaboración con HAD, es una técnica segura. Proporciona mayor comodidad y adaptación a la nueva terapia, permite rentabilizar al máximo la fase de test nasoduodenal, minimiza los riesgos asociados al ingreso hospitalario, facilita la optimización de los recursos sanitarios y favorece el manejo interdisciplinar de la EPA.

## 19454. ANÁLISIS DE LAS COMORBILIDADES Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE EN UNA COHORTE HOSPITALARIA

Peral Quirós, A.; Rodríguez Lavado, I.; Carrasco Sevilla, M.; Cáceres Redondo, M.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía.

**Objetivos:** El síndrome de Tourette (ST) es prácticamente indisoluble de un conjunto de manifestaciones cognitivas, conductuales y afectivas. Analizamos ciertos aspectos como son la presentación clínica y las principales comorbilidades psiquiátricas en un grupo de pacientes con diagnóstico de ST, así como el pronóstico de los tics.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan un total de 27 pacientes valorados en consultas desde 2014 con diagnóstico de ST. De ellos 7 (25%) poseían antecedentes familiares de tics; 18 (66,6%) tics motores complejos y 8 (29,6%) tics fonatorios complejos. La media de edad de inicio fue en torno a los 9 años y la media actual 26 años. 5 del total reciben tratamiento neuroléptico en monoterapia. 22 recibían, además, opciones terapéuticas de segunda línea.

**Resultados:** Del total, 21 padecían trastorno neuropsiquiátrico comórbido. De ellos, el 38% TDHA; el 42,85% trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); 28,5% trastorno depresivo; 38% trastorno ansioso; 52,38% trastorno conductual. Por otra parte, 17 pacientes (62,96%) mostraron

mejoría en persistencia e intensidad de tics en las últimas visitas (16 con único neuroléptico); de ellos 4 mostraron resolución completa. De todos ellos, 12 (70,5%) mostraron persistencia de síntomas obsesivos, depresivos o alteraciones conductuales. 3 pacientes ingresaron en salud mental y 2 con consumo de tóxicos.

**Conclusión:** Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en nuestra serie fueron: trastornos conductuales y TOC. La mayoría mostró evolución favorable de tics con la edad, si bien con peor pronóstico psiquiátrico, propiciando ajustes farmacológicos en función del perfil, siendo lo que finalmente condicionará la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo.

## Trastornos del movimiento P2

### 18703. ASOCIACIÓN ENTRE EL GROSOR RETINIANO MEDIDO CON OCT Y PARÁMETROS DE EYE TRACKING EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

Valido Reyes, C.<sup>1</sup>; Teijeira Portas, S.<sup>2</sup>; Romero Bascones, D.<sup>3</sup>; Martín Prieto, J.<sup>1</sup>; Sifontes Valladares, W.<sup>1</sup>; Rebollo Pérez, A.<sup>1</sup>; Fernández Rodríguez, V.<sup>1</sup>; Fernández Larena, L.<sup>1</sup>; Lagüela Alonso, A.<sup>1</sup>; Anciones Martín, V.<sup>1</sup>; Moreno Estébanez, A.<sup>1</sup>; Ayala Fernández, U.<sup>3</sup>; Barrenetxea Carrasco, M.<sup>3</sup>; Murueta Goyena, A.<sup>4</sup>; Gabilondo Cuellar, I.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces;

<sup>2</sup>Optometrista. Hospital Universitario de Cruces; <sup>3</sup>Departamento Ingeniería Biomédica. Universidad de Mondragón; <sup>4</sup>Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco; <sup>5</sup>Neurodegenerative Diseases Group. Hospital Universitario de Cruces. Biocruces Bizkaia.

**Objetivos:** Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan neurodegeneración retiniana y trastornos oculomotores, pero su relación no está establecida. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre métricas oculomotoras obtenidas con un sistema de Eye Tracking y el grosor retiniano medido con tomografía de coherencia óptica (OCT).

**Material y métodos:** Un total de 92 individuos fueron evaluados de forma transversal, incluyendo pacientes EP (n = 53) y controles sanos (n = 39). En todos los participantes se realizó un screening oftalmológico, despistaje cognitivo (MoCA test), estudio macular con OCT Spectralis y Eye Tracking con el dispositivo DIVE. En EP las variables relacionadas con la enfermedad incluyendo: duración, tratamiento y subescala UPDRS III.

**Resultados:** Entre pacientes y controles no observamos diferencias en edad ni resultado de MoCA test, aunque el porcentaje de varones fue mayor en EP. La duración media de la enfermedad era de 5,4 años y la UPDRS III media de 23,7. Observamos diferencias grupales en numerosos parámetros de Eye Tracking, pero no en las métricas de OCT. Interesantemente, en EP observamos numerosas correlaciones significativas entre las métricas de Eye Tracking y de OCT: el rendimiento oculomotor global, de fijación en tareas cortas y largas con el grosor total macular y del complejo células ganglionares-plexiforme interna en discos maculares de 3 y 6 mm.

**Conclusión:** Nuestro estudio indica la existencia de una posible relación entre la neurodegeneración retiniana asociada a EP y los trastornos oculomotores de los pacientes con EP, sin que podamos determinar con los datos disponibles el mecanismo que explica dicha relación.

### 19514. ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA DIRECCIONAL. EVOLUCIÓN A 5 AÑOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Sanesteban Beceiro, E.<sup>1</sup>; Fernández Revuelta, A.<sup>1</sup>; Fernández García, C.<sup>2</sup>; López Valdés, E.<sup>1</sup>; García-Ramos García, R.<sup>1</sup>; Alonso Frech, F.<sup>1</sup>