

## 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/carbidiopa (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 periestoma por técnica difícil 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 indisociable 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 Llarena, 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>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** Analizar el uso a largo plazo de la estimulación cerebral profunda direccional (ECPd) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada en pacientes con electrodos direccionales en ambos núcleos subtalámicos.

**Material y métodos:** 31 pacientes con EP sometidos a cirugía para ECPd entre 2016 y 2020 en nuestro centro fueron identificados. La exclusión de 5 pacientes resultó en una serie final de 26 pacientes (11 mujeres, 15 hombres). A parte de diversos datos demográficos, se analizaron retrospectivamente los parámetros de programación de los 52 electrodos en la visita basal y en marzo 2023. Asimismo, se investigaron los motivos que condujeron a abandonar una programación con ECPd frente a una estimulación omnidiereccional.

**Resultados:** En la visita basal, la direccionalidad fue utilizada en 37 de los 52 electrodos (71%). En esta visita, la programación más frecuente fue monopolar de segmento único (33), seguida de monopolar en anillo (15), dipolo de dos segmentos (2), monopolo de dos segmentos y monopolo compuesto (1). Se estableció como fecha de corte de datos el 1 de marzo del 2023, separada por un tiempo medio de 4,81 años (2,5-6,8) de la visita basal de programación. Tras este tiempo, la mayoría de contactos (65%) continuaban con ECPd. Las razones principales de cambio fueron: beneficio motor insuficiente, necesidad de técnicas avanzadas de programación o prevención de discinesias.

**Conclusión:** Nuestra experiencia clínica refleja un empleo mayor de la ECPd frente a la omnidiereccional a corto y a largo plazo, apoyando la idea de que sus ventajas prevalecen pese a la mayor progresión de la enfermedad.

#### 18777. IMPACTO PRONÓSTICO DE LOS SIGNOS CLÍNICOS FRONTALES EN LA PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

Ruiz Barrio, I.; Horta Barba, A.; Martínez Horta, S.; Pagonabarraga Mora, J.

*Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

**Objetivos:** Identificar signos clínicos de disfunción frontal con valor pronóstico en pacientes con parálisis supranuclear progresiva (PSP).

**Material y métodos:** Estudio en 61 pacientes con criterios de PSP probable y posible durante los años 2012-2022. Se evaluó en la visita basal de todos los pacientes la presencia de reflejo de prensión (*grasping*), tanteo (*groping*), conducta de utilización, apraxia orobucal, ecolalia, ecopraxia, anosognosia, avidez por la comida e incontinencia emocional, junto con la PSP Rating Scale (PSPRS) y un estudio neuropsicológico. Se realizó un seguimiento prospectivo recogiendo datos de mortalidad para la fecha de censura 15 de diciembre de 2022.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 73,6 años, 54,8% mujeres y la evolución media 3,12 años. La puntuación media de PSPRS fue 34,2. La prensión fue el signo más prevalente (63,9%). La puntuación de PSPRS fue mayor en pacientes con tanteo, prensión, apraxia orobucal y anosognosia (43,6; 39,5; 51,1; y 42,5, respectivamente;  $p < 0,05$ ). Estos tres últimos signos fueron predictores independientes de la PSPRS en el análisis multivariante (CR 8,6; 11,2; y 7,6, respectivamente;  $p < 0,05$ ). El rendimiento en función ejecutiva y visuoespacial fue peor en estos pacientes. El tanteo apareció como potencial factor independiente de mortalidad en subanálisis realizado en 51 pacientes con 4 años de evolución (tasa de supervivencia a 6,7 años del 41,5%; HR 3,59;  $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La prensión, apraxia orobucal y anosognosia constituyen signos de disfunción frontal en PSP capaces de predecir la gravedad de la enfermedad. La aparición temprana de tanteo podría ser un factor predictivo de mortalidad, requiriéndose estudios adicionales.

#### 19656. DISCINESIAS Y ADHERENCIA A SAFINAMIDA Y OPICAPONA EN PACIENTES FLUCTUANTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPETIVO

Lorenzo Barreto, P.; Parés Moreno, I.; Pérez Torre, P.; Fanjul Arbós, S.; López-Sendón Moreno, J.; Pérez Trapote, F.; Sáez Marín, A.; Stauren Fernández, E.; Patiño Patón, Á.; Martínez Castrillo, J.; Alonso Cánovas, A.

*Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.*

**Objetivos:** Estudiar las diferencias en la aparición o empeoramiento de discinesias tras la introducción de safinamida (SA) u opicapona (OP) en pacientes con enfermedad de Parkinson fluctuante (EPF) y la probabilidad de discontinuación por este motivo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EPF (2016-2020) a los que se empezó tratamiento con SA u OP. Se recogieron las variables clínicas basales y demográficas, así como la aparición de discinesias o el empeoramiento de previas y la adherencia al tratamiento en la primera visita de seguimiento (13-15 semanas).

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes con SA y 29 pacientes con OP (seguimiento de 13-15 semanas), con similar duración de la enfermedad y proporción por sexos, pero mayor edad en el grupo de SA (73, RI 67-79 vs. 65, RI 54-76,  $p = 0,03$ ). No hubo diferencias significativas en la aparición o empeoramiento de discinesias (13 vs. 17%,  $p = 0,750$ ), tampoco en la discontinuación del fármaco (22 vs. 35%,  $p = 0,196$ ), siendo las discinesias el motivo de la discontinuación en un único caso de SA y de ninguno en OP ( $p = 1,00$ ). No se encontraron diferencias significativas para la probabilidad de discontinuación en función del tratamiento usado (OR 0,5; IC 0,20-1,40;  $p = 0,199$ ) ni para la tasa de discontinuación (HR 1,21;  $p = 0,800$ ), aunque hubo una tendencia a mayor adherencia con SA.

**Conclusión:** En pacientes con EPF tanto SA como OP fueron bien tolerados, con una baja proporción de aparición o empeoramiento de discinesias o discontinuación por este motivo, sin diferencias significativas entre grupos.

#### 18695. PROGRESIÓN DE SÍNTOMAS MOTORES Y RESPUESTA A LA LEVODOPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y FLUCTUACIONES MOTORAIS CON SEGUIMIENTO DURANTE 4 AÑOS

Santos García, D.<sup>1</sup>; de Deus Fonticoba, T.<sup>2</sup>; Cores Bartolomé, C.<sup>3</sup>; Feal Paineiras, M.<sup>3</sup>; García Díaz, I.<sup>3</sup>; Iñiguez Alvarado, M.<sup>3</sup>; Paz González, J.<sup>3</sup>; Jesús, S.<sup>4</sup>; Cosgaya, M.<sup>5</sup>; García Caldentey, J.<sup>6</sup>; Caballol, N.<sup>7</sup>; Legarda, I.<sup>8</sup>; Hernández Vara, J.<sup>9</sup>; Cabo, I.<sup>10</sup>; López Manzanares, L.<sup>11</sup>; González Aramburu, I.<sup>12</sup>; Ávila Rivera, M.<sup>7</sup>; Gómez Mayordomo, V.<sup>13</sup>; Nogueira, V.<sup>14</sup>; Dotor García-Soto, J.<sup>15</sup>; Borrue, C.<sup>16</sup>; Solano, B.<sup>17</sup>; Álvarez Sauco, M.<sup>18</sup>; Vela, L.<sup>19</sup>; Escalante, S.<sup>20</sup>; Cubo, E.<sup>21</sup>; Mendoza, Z.<sup>22</sup>; Martínez Castrillo, J.<sup>23</sup>; Sánchez Alonso, P.<sup>24</sup>; Alonso Losada, M.<sup>25</sup>; López Ariztegui, N.<sup>26</sup>; Gastón, I.<sup>27</sup>; Kulisevsky, J.<sup>28</sup>; Seijo, M.<sup>10</sup>; Valero, C.<sup>29</sup>; Alonso, R.<sup>14</sup>; Buongiorno, M.<sup>30</sup>; Ordás, C.<sup>31</sup>; Menéndez González, M.<sup>32</sup>; Martínez Martín, P.<sup>33</sup>; Mir, P.<sup>1</sup>; Coppadis<sup>34</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de A Coruña; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Centro Neurológico Oms; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Moisés Broggi; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Son Espases; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Vall d'Hebron; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital La Princesa; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Valdecilla; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital La Milagrosa; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Virgen Macarena; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Sofía; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Institut Català de la Salut; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Elche;

<sup>19</sup>Servicio de Neurología. Fundación Alcorcón; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta; <sup>21</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>22</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Canarias; <sup>23</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>24</sup>Servicio de Neurología. Hospital Puerta de Hierro; <sup>25</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; <sup>26</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Toledo; <sup>27</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>28</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; <sup>29</sup>Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; <sup>30</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Terrassa; <sup>31</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>32</sup>Servicio de Neurología. HUCA; <sup>33</sup>CIBERNED; <sup>34</sup>Fundación Degen.

**Objetivos:** Analizar la progresión de los síntomas motores y la respuesta a la levodopa en pacientes con enfermedad de Parkinson y fluctuaciones motoras (EP-FM).

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con EP-FM reclutados entre enero/2016 y noviembre/2017 de la cohorte de COPPDIS a los que se les realizó una evaluación anual motora durante 4 años mediante la escala UPDRS-III (Unified Parkinson's Disease Rating Scale part III) en estado OFF y ON. Se analizó el cambio del estado OFF al ON en la puntuación total y también específicamente en el temblor, rigidez, bradicinesia y signos axiales. Se utilizaron modelos lineales de medidas repetidas ajustando por la dosis equivalente de levodopa.

**Resultados:** Un total de 63 pacientes fueron incluidos ( $63.94 \pm 8.42$  años; 68,3% varones). Se observó un aumento en la puntuación tanto de la UPDRS-III-OFF (de  $27.98 \pm 9.58$  a  $31.75 \pm 12.39$ ;  $p = 0.003$ ) como de la UPDRS-III-ON (de  $15.92 \pm 7.93$  a  $18.84 \pm 8.17$ ;  $p = 0.006$ ) después de 4 años. Por signos motores, solo se observó un incremento significativo en los signos axiales tanto en OFF (de  $4.79 \pm 2.57$  to  $6.28 \pm 2.99$ ;  $p < 0.0001$ ) como en ON (de  $2.81 \pm 2.08$  to  $3.98 \pm 2.77$ ;  $p < 0.0001$ ). No se detectaron diferencias significativas entre visitas ni en el cambio del OFF al ON de la UPDRS-III total ni por signos motores.

**Conclusión:** El empeoramiento motor en los pacientes con EP-FM resultó ser a expensas de los signos axiales, observándose una respuesta a la levodopa estable después de 4 años de seguimiento.

### 19173. APOMORFINA EN INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: CAUSAS DE RETIRADA EN UNA SERIE DE 67 PACIENTES

Morales García, E.; de Rojas Leal, C.; León Plaza, O.; Gómez Heredia, M.; Pérez Errazquin, F.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria.*

**Objetivos:** La apomorfina en infusión continua subcutánea (AICS) es una de las tres terapias de segunda línea (TSL) de la enfermedad de Parkinson avanzada. A pesar de su fácil manejo, a diferencia de la estimulación cerebral profunda y la infusión continua intestinal levodopa-carbidopa, presenta una alta tasa de discontinuación condicionada por diversas causas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una serie de 67 pacientes con AICS seguidos en nuestra UTM (noviembre-2012 a abril-2023). Análisis de las causas de retirada.

**Resultados:** Análisis de N = 67 pacientes, con edad media de inicio AICS de 71,5 años (53-85), tiempo medio de evolución enfermedad 10,4 años (5-25), estadio Hoehn&Yahr 3 (2-5) y dosis media de apomorfina 4,17 mg/h (2-9). 47/67 bombas fueron retiradas (70,9%) con una duración media de AICS 24,5 meses (1-126). Entre las causas destacan: delirio/alucinaciones (21,2%), ineficacia/insatisfacción (19,1%), terapia puente (14,9%), sedación (14,9%), demencia (14,9%), nódulos subcutáneos/reacciones locales (10,6%), trastorno de control de impulsos/síndrome de desregulación dopamínérgica (10,6%), náuseas (6,4%), fallecimiento (6,4%), hipotensión (6,4%), ansiedad (6,4%) y fallo del cuidador (4,2%). Hubo una única discontinuación por anemia hemolítica, confusiónismo, cefalea, mareo y edemas. En el 36,2% de los casos existía más de una causa de retirada.

**Conclusión:** La AICS es una TSL efectiva con un alto índice de retirada (hasta el 70% en los primeros 6 años). En la serie analizamos sus principales causas, planteamos estrategias para favorecer la adherencia, incidiendo en la elección de candidatos y perspectivas realistas de los objetivos y resolviendo posibles problemas con teleasistencia que facilite la accesibilidad.

### 19550. FERTILIDAD Y DESEO GENÉSICO EN PACIENTES CON DISTONÍA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRANSVERSAL

Cañada Lahoz, E.<sup>1</sup>; Berbegal Serralta, R.<sup>1</sup>; Lozano Veiga, S.<sup>1</sup>; Mena, N.<sup>2</sup>; Cabañas, G.<sup>2</sup>; Campos, M.<sup>2</sup>; Pastor, R.<sup>2</sup>; Alonso, A.<sup>2</sup>; Muro García, I.<sup>1</sup>; López Manzanares, L.<sup>1</sup>; Casas Peña, E.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** El impacto de la distonía sobre la reproducción humana no está bien definido.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios autoaplicados en pacientes con distonía de dos unidades de trastornos del movimiento y la Asociación Distonía España (ALDE).

**Resultados:** Se analizó una muestra de 119 pacientes con distonía, 75 mujeres (63%), y edad media 55 años (DE 12,2). 10,7% presentaron distonía generalizada, 50,7% segmentaria y 38,7% focal. De esta muestra, 64% de las mujeres fueron diagnosticadas antes de la menopausia. El 10,4% de estas mujeres vieron afectada su fertilidad (imposibilidad para conseguir embarazo o miedo a no poder cuidar bien a sus hijos), al igual que el 15,8% de los hombres (dificultad para encontrar pareja o miedo a transmitir la enfermedad a sus hijos). 9 de las pacientes con distonía (6 segmentaria, 2 focal y 1 generalizada) consiguieron embarazos tras el diagnóstico, produciéndose 12 embarazos en total. 6 no presentaron cambios en su distonía, 2 mejoraron y 1 empeoró. Siete permanecieron sin tratamiento durante el embarazo y una de ellas, que presentaba distonía segmentaria, continuó con toxina botulínica. De 12 embarazos, 2 sufrieron abortos.

**Conclusión:** Los resultados sugieren una tendencia no significativa a mayor afectación subjetiva de la fertilidad en los hombres con distonía, aunque la dificultad para encontrar pareja referida por ellos pudo actuar como factor confusor. 12% de las pacientes tuvo embarazos, con frecuencia de complicaciones similar a la población general (10-20% de abortos) y mayoritariamente no presentaron cambios en la distonía ni recibieron tratamiento durante el embarazo.

### 19781. REGISTRO DE 3 CASOS CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL EN HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA EN ATROFIA MULTISISTÉMICA, ¿ES UNA ALTERNATIVA?

Abril- Jaramillo, J.<sup>1</sup>; Rodríguez Galilea, D.<sup>2</sup>; Fuentes Rubio, J.<sup>3</sup>; Corrales, G.<sup>4</sup>; Oliva, C.<sup>5</sup>; Pérez Díaz, H.<sup>6</sup>; Rodríguez Uranga, J.<sup>7</sup>; Roldán Carrasco, C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Trastornos del Movimiento. Centro de Neurología Avanzada; <sup>2</sup>Terapia Ocupacional. Centro de Neurología Avanzada; <sup>3</sup>Servicio de Neurofisioterapia. Centro de Neurología Avanzada; <sup>4</sup>Servicio de Neuropsicología. Centro de Neurología Avanzada.

**Objetivos:** Valorar el efecto de la estimulación magnética transcraneal (TMS) a nivel de columna medular en pacientes con atrofia multisistémica (AMS) e hipotensión ortostática. Primario: Valorar subidas de al menos 10% de la tensión sistólica, diastólica y media durante el mes siguiente a la intervención. Secundarios: Valorar mejoría motora en MMII.

**Material y métodos:** Se recoge datos de 3 pacientes con AMS, su tensión arterial, UPDRSIII pre y post TMS. Se aplica 10 sesiones de estimulación magnética transcraneal a nivel de dorsal 9, utilizando bobina clásica (coil) a 80% del umbral motor conseguido en MMII. Se realizan 10 sesiones seguidas durante dos semanas.

**Resultados:** Se registraron aumento entre el 10 y el 15% del basal en tensión arterial sistólica y diastólica al mes del tratamiento. Un paciente el efecto duro menos de un mes. Los pacientes presentaron mejoría motora clínica en la movilidad valorada por UPDRS III en más de 5 puntos incluyendo la marcha.

**Conclusión:** El riesgo de hipotensión ortostática asociado a sincopes, caídas y dificultades al caminar es una constante atrofia multisistémica. Presentamos estos casos como un registro piloto de 3 pacientes en consulta que no presentaban respuesta o tenían mala tolerancia a tratamiento orales. Los resultados han sido interesantes como una posible diana para estimular y mejorar las tensiones en dichos pacientes. Así mismo, sí se consigue mejoría motora tras varias semanas desde la estimulación. Limitaciones: habría que valorar el efecto a mediano o largo plazo 3-6 meses e incluir una N suficiente y enfrentarla a SHAM (placebo).

#### 18721. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS AL ABANDONO PRECOZ DE LA INFUSIÓN INTESTINAL CONTINUA DE GEL DE LEVODOPA CARBIDOPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

Rivero Rodríguez, D.<sup>1</sup>; Tabar Comellas, G.<sup>1</sup>; Morales Casado, M.<sup>2</sup>; Ennazeh Elkhaili, M.<sup>2</sup>; Diezma, A.<sup>2</sup>; García Meléndez, D.<sup>2</sup>; Quintana Castro, P.<sup>1</sup>; Ruiz Gómez, J.<sup>1</sup>; Piernagorda Copado, J.<sup>1</sup>; Maroto Navas, D.<sup>1</sup>; Marsal Alonso, C.<sup>1</sup>; López Ariztegui, N.<sup>1</sup>

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

**Objetivos:** Identificar las características clínicas asociadas con el abandono precoz de la terapia con infusión intestinal continua de gel de levodopa carbidopa (IICLC) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los 25 pacientes tratados con IICLC durante el transcurso de 13 años. Se incluyeron 23 enfermos y se excluyeron 2 pacientes por no disponerse de todas las variables recogidas. Se realizó un análisis de las variables sociodemográficas y clínicas teniendo en cuenta los pacientes que tuvieron abandono precoz (durante el primer año de inicio IICLC) y el resto de pacientes. Se utilizó el programa SPSS20.0 para el análisis estadístico.

**Resultados:** En total 6 (26%) pacientes tuvieron una retirada precoz de IICLC, de los cuales 1 (4,3%) fue por efectos adversos asociados a la terapia avanzada, por progresión a una elevada discapacidad, y fallecimiento; mientras 3(13%) fueron por deseo del enfermo. No se encontraron diferencias sociodemográficas entre los grupos estudiados, tampoco se apreciaron variaciones en la edad de diagnóstico, ni de la duración de la EP, y de forma similar del estadio de Hoen y Yahr. Sin embargo, los enfermos que iniciaron con fluctuaciones motoras a edades más tempranas ( $55,8 \pm 10,3$  vs.  $67,3 \pm 7,8$ ,  $p = 0,03$ ) tuvieron una mayor frecuencia de retirada precoz de la IICLC.

**Conclusión:** La frecuencia de abandono de la IICLC debido a efectos adversos propios de la terapia fue baja. La única característica distinta del grupo con retirada precoz de la terapia avanzada fue una edad más temprana de inicio de las fluctuaciones motoras.

#### 19337. CALIDAD DE VIDA EN ETAPAS TEMPRANAS DE ENFERMEDAD DE PARKINSON: EL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS MOTORES Y NO MOTORES

Ruiz Yanzi, M.; Matarazzo, M.; Jiménez Castellanos, T.; Natera Villalba, E.; Obeso, J.

Centro Integral en Neurociencias (CINAC). Hospital Universitario HM Puerta del Sur.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la gravedad de los síntomas motores y no motores y la calidad de vida en etapas tempranas de la enfermedad de Parkinson (EP).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con EP menores de 65 años en los primeros 5 años desde el diagnóstico. Se administró la escala MDS-UPDRS III con un mínimo de 24 horas sin medicación dopamínérgica en cada visita, el cuestionario de calidad de vida en EP (PDQ-39), los inventarios de Beck para ansiedad y depresión, la escala de síntomas no motores MDS-NMS, la MDS-UPDRS I y la escala de sueño PDSS-2. Se aplicó la prueba de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre las variables, utilizando como significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 29 pacientes ( $2,78 \pm 2,39$  años desde el diagnóstico). No se encontró correlación significativa entre PDQ-39 y la MDS-UPDRS III, aunque sí hubo asociaciones significativas de la escala PDQ-39 con los inventarios de Beck para ansiedad y depresión ( $r = 0,88$  y  $r = 0,65$  respectivamente), con la MDS-NMS ( $r = 0,7$ ), con la MDS-UPDRS I ( $r = 0,89$ ) y con la escala de sueño PDSS-2 ( $r = 0,43$ ).

**Conclusión:** A pesar de que los síntomas motores son considerados los predominantes en las primeras etapas de la EP, la calidad de vida no está determinada por la gravedad de los mismos, sino por la gravedad de los síntomas no motores, principalmente la depresión y la ansiedad.

#### 18783. VALOR PREDICTIVO DE LA ESCALA NMSS Y VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ULTRASONOGRAFÍA Y EL SPECT 123-IOfLUPANO DE LA PRESENCIA DE DEGENERACIÓN NIGROESTRIATAL EN PACIENTES CON PARKINSONISMO FARMACOLÓGICO

del Toro Pérez, C.; Olivares Romero, J.; Milán Pinilla, R.; Arjona Padilla, A.; Martínez Sánchez, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

**Objetivos:** El parkinsonismo inducido por fármacos (PIF) es la segunda causa más frecuente de parkinsonismo. Un 10-20% de los pacientes presentan un parkinsonismo neurodegenerativo subclínico desenmascarado por fármacos (PSDF). Nuestra hipótesis es que los pacientes con PSDF deberían tener una puntuación mayor en la escala Non-Motor Symptoms Scale (NMSS). Asimismo, será evaluada la utilidad diagnóstica de la medición de un área de sustancia negra (SN)  $> 20 \text{ mm}^2$  con ratio SN  $> 1,15$  mediante ultrasonografía cerebral y del SPECT DaT-SCAN 123-Ioflupano.

**Material y métodos:** Se reclutaron pacientes con diagnóstico de PIF, con posterior diagnóstico de PIF o PSDF realizado por un especialista en trastornos del movimiento al año. Se analizaron las variables clínicas, NMSS basal y a los 12 meses total y dividida por dominios y la neuroimagen.

**Resultados:** Se incluyeron pacientes con 16 PIF y 11 con PSDF, sin diferencias significativas entre los dos grupos en la NMSS o en el área de SN. Un área de SN  $> 20 \text{ mm}^2$  y ratio entre ambas SN  $> 1,15$  mostraron una alta sensibilidad y VPN (100%). El VPP fue en ambos 66,7%, con especificidad de 66,7% y 50% respectivamente. El DaT-SCAN mostró una elevada especificidad, VPP y VPN (100, 100 y 73%) con sensibilidad del 60%.

**Conclusión:** La puntuación total de NMSS no fue discriminatoria para la detección de PSDF, siendo necesarios más estudios. La ultrasonografía cerebral se confirma como válida para el screening de PSDF, así como el SPECT DaT-SCAN 123-Ioflupano como prueba confirmatoria.

#### 19921. PACIENTE DE 30 AÑOS AFECTO DE XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA, PARKINSONISMO CON RESPUESTA A LEVODOPA Y GRAVES FLUCTUACIONES

Bourdellah X, I.<sup>1</sup>; Casajus García, A.<sup>1</sup>; Jiménez Clopes, C.<sup>1</sup>; Rojo Sebastián, A.<sup>1</sup>; Valero Merino, C.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un varón de 30 años, con antecedentes familiares de consanguinidad, con clínica de debut a los 17 años en forma de regresión cognitiva, alteraciones conductuales, leve ataxia de la marcha y parkinsonismo juvenil.

**Material y métodos:** Se establece el diagnóstico clínico y genético de xantomatoso cerebrotendinosa y se introduce tratamiento con ácido quenodesoxicólico, estatinas, además de L-Dopa y amantadina.

**Resultados:** Buena respuesta motora a L-Dopa con períodos de ON con marcha normal, sin rigidez ni alteraciones posturales, con aparición de discinesias coreicas. Períodos de OFF graves con acinesia matutina, bloques de la marcha y dificultades importantes para el inicio de los movimientos. Se introducen progresivamente IMAO, ICOMT y agonistas dopaminerigicos, sin empeoramiento conductual ni aparición de trastorno del control de impulsos. Al persistir discinesias graves generalizadas que interfieren con el habla y la marcha se disminuye L-Dopa.

**Conclusión:** Mejoría franca de los períodos de OFF, estabilidad a lo largo del día. Persisten discinesias leves tras disminución de L-Dopa. Mejoría a nivel cognitivo y funcional. En seguimiento clínico, analítico y con pruebas de neuroimagen estructural y funcional.

## Trastornos del movimiento P3

### 19343. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DE CORTA EVOLUCIÓN TRATADOS CON SUBTALAMOTOMÍA UNILATERAL MEDIANTE ULTRASONIDO FOCAL

Natera Villalba, E.; Martínez Fernández, R.; Rodríguez Rojas, R.; del Álamo, M.; Pineda Pardo, J.; Matarazzo, M.; Ruiz Yanzi, A.; Gasca Salas, C.; Guida, P.; Jiménez Castellanos, T.; Obeso, J.

*Centro Integral en Neurociencias (CINAC). Hospital Universitario HM Puerta del Sur.*

**Objetivos:** La subtalamotomía mediante ultrasonido focal guiado por RM (FUS-STN) mejora los signos motores de la enfermedad de Parkinson (EP) en pacientes de < 5 años desde el diagnóstico. La intervención precoz podría impactar positivamente en el control evolutivo de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio abierto y prospectivo. Se reporta cambio a nivel motor (MDS-UPDRS-III total, lado tratado y no tratado off-medicación, MDS-UPDRS-IV) y dosis de levodopa. Se compara con pacientes de equivalente tiempo de evolución tratados farmacológicamente (BMT, n = 11). Análisis: prueba Mann-Whitney.

**Resultados:** Doce pacientes con EP recibieron FUS-STN a una edad media de 52,0 + 7,1 años y 3,1 + 1,2 años de evolución. Dos años pos-FUS-STN, la MDS-UPDRS-III del lado tratado presentaba una mejoría significativa del 63,8% y la total del 43,7% (ambos p < 0,001). A igual tiempo de evolución (5 años posdiagnóstico), los pacientes FUS-STN estaban menos afectados que los pacientes bajo BMT en el hemicuerpo tratado/más afectado ( $5,4 \pm 3,1$  vs.  $11,6 \pm 3,1$ , p < 0,001) y a nivel global ( $16,0 \pm 8,6$  vs.  $23,0 \pm 6,6$ ; p = 0,033); la situación del lado no tratado/menos afectado fue equivalente entre grupos ( $5,3 \pm 3,4$  vs.  $4,7 \pm 2,5$ ; p = 0,756). No hubo diferencia en complicaciones motoras (p = 0,699). Los requerimientos de levodopa en el grupo que había recibido FUS-STN eran menores (304,1 vs. 350,0 mg), aunque no significativamente (p = 0,476). Tras el tratamiento, la progresión motora (i.e., incremento de puntuación en la MDS-UPDRS-III) fue similar entre grupos para el lado tratado/más afectado (p = 0,116), menos afectado (p = 0,23) y total (p = 0,165).

**Conclusión:** La aplicación de FUS-STN en pacientes EP de corta evolución proporciona un mejor estado motor a los 2 años respecto a pacientes tratados solo con medicación.

### 19572. DIFERENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE PUZZLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA CON SINTOMATOLOGÍA MOTORA DE PREDOMINIO EN HEMICUERPO DERECHO VS. IZQUIERDO. RESULTADOS DE LA COHORTE COPPADIS

Romero del Rincón, C.<sup>1</sup>; Paños Basterra, P.<sup>1</sup>; López-Manzanares, L.<sup>1</sup>; Casas, E.<sup>1</sup>; Muro, I.<sup>1</sup>; Iriarte, P.<sup>1</sup>; Cosgaya, M.<sup>2</sup>; García Caldentey, J.<sup>3</sup>; Caballol, N.<sup>4</sup>; Legarda, I.<sup>5</sup>; Hernández Vara, J.<sup>6</sup>; González-Aramburu, I.<sup>7</sup>; Ávila Rivera, M.<sup>8</sup>; Gómez-Mayordomo, V.<sup>9</sup>; Nogueira, V.<sup>10</sup>; Dotor García-Soto, J.<sup>11</sup>; Borrué, C.<sup>12</sup>; Solano, B.<sup>13</sup>; Alvarez Saucó, M.<sup>14</sup>; Vela, L.<sup>15</sup>; Escalante, S.<sup>16</sup>; Cubo, E.<sup>17</sup>; Mendoza Plasencia, Z.<sup>18</sup>; Martínez Castrillo, J.<sup>19</sup>; Sánchez Alonso, P.<sup>20</sup>; Alonso Losada, M.<sup>21</sup>; López Ariztegui, N.<sup>22</sup>; Gastón, I.<sup>23</sup>; Kulisevsky Bojarski, J.<sup>24</sup>; Seijo, M.<sup>25</sup>; Menéndez González, M.<sup>26</sup>; Valero, C.<sup>27</sup>; Alonso Redondo, R.<sup>28</sup>; Buongiorno, M.<sup>29</sup>; Ordás, C.<sup>30</sup>; Martínez-Martin, P.<sup>31</sup>; Mir, P.<sup>32</sup>; Aneiros Díaz, A.<sup>33</sup>; Blázquez Estrada, M.<sup>26</sup>; Infante, J.<sup>7</sup>; Pascual-Sedano, B.<sup>24</sup>; Santos, D.<sup>34</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Centro Neurológico Oms; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Moisés Broggi; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de l'Hospitalet; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Da Costa;

<sup>11</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Institut Càtala de la Salud; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; <sup>19</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>21</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; <sup>22</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; <sup>23</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>24</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>25</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra; <sup>26</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>27</sup>Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; <sup>28</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Lucus Augusti; <sup>29</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; <sup>30</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>31</sup>Servicio de Neurología. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III; <sup>32</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>33</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; <sup>34</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Objetivos:** Una característica fundamental en la enfermedad de Parkinson idiopática (EPI) es la asimetría en la afectación motora, pero algunos estudios también valoran su implicación en la progresión cognitiva. Investigamos si la afectación predominante derecha/izquierda influye en tareas cognitivas como la realización de un puzzle de 16 piezas.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se incluyeron pacientes con EPI de la cohorte COPPADIS con seguimiento de 48 meses. El hemicuerpo predominante se definió con las puntuaciones de los ítems de la UPDRS-III al inicio del estudio y se agruparon en izquierdo (PIZQ), derecho (PDCH), simétrico (PSIM). En cada visita se determinó el tiempo para la ejecución completa del puzzle y las piezas colocadas por minuto (min): 1 min, 2 min, 3 min, 4 min y 5 min. Se compararon medias con t-Student entre PIZQ y PDCH.

**Resultados:** N = 694; 60,2% mujeres, media edad 62,6 años (DE = 8,9). Hemicuerpo: PIZQ 345 (49,7%), PDCH 307 (44,2%), PSIM 41 (5,9%). No hubo diferencias significativas en el tiempo total de realización de puzzle. Por piezas colocadas: en la visita 48 semanas, los pacientes PIZQ colocaron menos piezas de media en comparación con los PDCH [min 1 2,53 (DE = 2,63)/3,20 (DE = 3,08) p = 0,022; min 2 5,16 (DE = 4,70)/6,17 (4,87) p = 0,037; min 3 7,32 (DE 5,72)/8,37 (DE = 5,46)