

20955. ENSAYO CLÍNICO CRUZADO, ALEATORIZADO Y DOBLE-CIEGO COMPARANDO LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA DEL ÁREA SUBTALÁMICA POSTERIOR VS. NÚCLEO VENTRAL INTERMEDIO TALÁMICO EN TEMBLOR ESENCIAL INCAPACITANTE

Triguero Cueva, L.¹; Madrid Navarro, C.¹; Pérez Navarro, M.¹; Iáñez Velasco, B.²; Martínez Barbero, J.³; Marín Romero, B.⁴; Mínguez Castellanos, A.¹; Jouma Katati, M.²; Escamilla Sevilla, F.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves;

²Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen de las

Nieves; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de las

Nieves; ⁴Servicio de Neuropsicología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos: Comparar la eficacia, calidad de vida (QoL), seguridad y requerimiento energético de la estimulación cerebral profunda (ECP) del área subtalámica posterior (PSA) vs, núcleo ventral intermedio talámico (VIM) en pacientes con temblor esencial (TE) incapacitante.

Material y métodos: Ensayo clínico cruzado, aleatorizado y dobleciego incluyendo 11 pacientes (6M/5V; 63 ± 7,6 años) con TE incapacitante tratados mediante ECP. Se implantaron electrodos octopolares bilaterales (Boston Vercise™ PC DB1416) en el trayecto VIM (contactos proximales) a PSA (contactos distales). Cinco pacientes fueron aleatorizados a la secuencia PSA-VIM y seis a VIM-PSA, recibiendo estimulación durante 3 meses en cada diana, con una semana “de lavado”. Se evaluaron la gravedad del temblor mediante la escala Fahn-Tolosa-Marin (FTM-TRS), QoL (VAS-QoL y Eq5b), efectos adversos (EAs) y requerimientos energéticos.

Resultados: El temblor se redujo significativamente con ECP-PSA (-48,46 puntos; p = 0,001) y con ECP-VIM (-43,64 puntos; p = 0,001), pero fue mejor en PSA (diferencia: -4,82 puntos; p = 0,032). La calidad de vida mejoró en ambas dianas, sin diferencias entre ellas. Tampoco hubo diferencias en la amplitud de corriente, ni en la frecuencia y tipo de EAs. Un paciente presentó edema perielectrodo sin secuelas. No hubo otras complicaciones relevantes relacionadas con la cirugía, los dispositivos o la estimulación eléctrica.

Conclusión: La ECP-PSA y ECP-VIM son eficaces y seguras en el tratamiento del TE, si bien la ECP-PSA fue superior en el control del temblor.

21142. EVENTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO CON ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA INTENSIDAD (HIFU) SECUNDARIOS A EDEMA CEREBRAL

Cobo Roldán, L.¹; Ramírez Sánchez, F.²; Cáceres Redondo, M.¹; Ordóñez Carmona, M.²; Escribano Mesa, J.²; Ramos Gómez, M.³; Roldán Romero, E.³; Fernández Valverde, F.³; Álvarez Benito, M.³; Solivera Vela, J.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; ²Servicio de

Neurocirugía. Hospital Reina Sofía; ³Servicio de Radiología. Hospital Reina Sofía.

Objetivos: Analizar si el edema cerebral asociado al tratamiento mediante ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFU) causa eventos adversos e identificar factores predisponentes.

Material y métodos: Se incluyeron 79 pacientes con temblor esencial intervenidos con HIFU en nuestro centro. Se analizaron una serie de variables relacionadas con las características del temblor, factores asociados al procedimiento y volumen de edema a las 24 horas y 3 semanas, estableciéndose dos grupos según su tamaño (edema bajo < P50 y alto > P50). Se realizó un análisis descriptivo de las variables seguido de una comparación estadística del edema contra cada variable.

Resultados: El 74,4% de los pacientes con edema alto experimentaron eventos adversos a las 24 horas y a las 3 semanas, frente al 47,5% y 45% respectivamente de aquellos con edema bajo (p = 0,015 y p < 0,01). Se encontraron diferencias significativas en efectos adversos a las 3 semanas: motores (38,5 en alto vs. 15% en bajo) y sensitivos (20,5 en alto

vs. 5% en bajo). La potencia y la temperatura promedio administradas fueron 954 ± 124 W y 59,1 ± 2,4 °C en pacientes con edema alto, frente a 910 ± 128 W y 57,9 ± 2,2 °C con bajo (p = 0,001 y p = 0,009). El volumen de lesión a las 24 horas en aquellos con edema alto fue 0,58 ± 0,19 vs. 0,44 ± 0,16 cc con bajo (p < 0,001).

Conclusión: Los eventos adversos están asociados con un mayor edema a las 24 horas, lo que a su vez predice dichos eventos a las 3 semanas. El volumen de edema depende de los factores asociados al procedimiento. Estos hallazgos pueden ser útiles para definir estrategias de tratamiento que minimicen los eventos adversos.

20950. CICLISMO FORZADO EN UN ENTORNO VIRTUAL INMERSIVO Y SU INFLUENCIA EN LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO DE PERSONAS CON PARKINSON

Campo Prieto, P.¹; Dafonte Gil, L.²; Cancela Carral, J.¹; Rodríguez Fuentes, G.¹

¹Grupo de Investigación HealthyFit. Universidade de Vigo; ²Servicio de Rehabilitación. Asociación Parkinson Vigo.

Objetivos: El ejercicio intenso, como el ciclismo forzado, puede ser neuromodulador y neuroprotector contra la enfermedad de Parkinson (EP) y parece tener también beneficios en diversos aspectos funcionales de este tipo de pacientes. Este trabajo pretende explorar si la realidad virtual inmersiva (RVI) puede favorecer la adherencia a un programa de ciclismo forzado desarrollado en cicloergómetros inteligentes y, con ello, mejorar aspectos funcionales de relevancia para los pacientes con EP como son la marcha y el equilibrio.

Material y métodos: 30 personas pertenecientes a una asociación de pacientes con diagnóstico de EP (edad media: 70,87 ± 6,67; 36,67% mujeres; H&Y I-III) participaron en el estudio. Durante 12 semanas añadieron a sus cuidados habituales una intervención con RVI y cicloergómetro con RVI (2 sesiones/semana; 25 minutos/sesión; cadencia de pedaleo: 80-90 rpm). Además de la valoración de aspectos propios de la RVI, se usó el TUG-simple y el TUG-cognitivo.

Resultados: Se registró un 100% de adherencia y ningún efecto adverso significativo tras la intervención desarrollada. Por otra parte, se dieron mejoras significativas en las variables medidas, con porcentajes de mejora del 27,84% en el TUG-simple y del 34,3% en el TUG-cognitivo.

Conclusión: La aplicación del programa de ciclismo forzado con RVI, además de favorecer la adherencia al tratamiento y ser segura, parece mejorar la marcha y el equilibrio en pacientes con EP, lo que podría reducir el riesgo de caídas. Se precisarían más estudios que confirmasen estos datos, objetivasen la posible perdurabilidad de los efectos y analizasen los posibles beneficios de aplicar intervenciones con mayor carga para los pacientes.

21325. DENERVACIÓN RENAL PERCUTÁNEA BILATERAL COMO TRATAMIENTO INNOVADOR PARA LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA EN PARKINSONISMOS: ESTUDIO PILOTO

Maruri Pérez, A.; Obregón Galán, J.; Ortega Macho, J.; Gutiérrez Bedia, P.; Malaret Segurado, M.; García Donaire, J.; Martell Claros, N.; Núñez Gil, I.; Vedia Cruz, O.; Ribacoba Díaz, C.; Fernández Revuelta, A.; García-Ramos García, R.; López Valdés, E.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La hipotensión ortostática es un síntoma disautónomico incapacitante en parkinsonismos. El 50% experimentan hipertensión supina, complicando el tratamiento y exacerbando los síntomas ortostáticos. Esta hipertensión paradójica resulta del tono simpático residual magnificado por la liberación aumentada de norepinefrina, hipersensibilidad adrenérgica y pérdida de regulación barorrefleja. La denervación renal percutánea (DRP) bilateral se propone como tratamiento innovador.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 8 pacientes, 5 con atrofia multisistema y 3 con enfermedad de Parkinson idiopático, tratados con DRP en el hospital terciario de Madrid (2019-2024). Se evaluó la presión arterial mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) a los 6 meses y al año (20 registros válidos). Se preguntó por mejoría en calidad de vida y síntomas de hipotensión.

Resultados: Todos los pacientes informaron la resolución de los síntomas de hipotensión ortostática tras la DRP. El estudio descriptivo mostró disminución de la mediana de la presión arterial sistólica a los 6 meses y al año (140,00 mmHg a 136,00 mmHg y 127,00 mmHg respectivamente). La presión arterial diastólica disminuyó de 78,00 mmHg a 75,00 mmHg y 67,50 mmHg en los mismos períodos. No hubo complicaciones.

Conclusión: La DRP es un tratamiento prometedor para la hipertensión arterial supina y la hipotensión ortostática disautonómica en parkinsonismos. Esta revisión sugiere un gran impacto en la calidad de vida y una reducción mantenida de la presión arterial. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos resultados y la durabilidad del efecto terapéutico. A raíz del estudio piloto comenzará un estudio prospectivo incluyendo análisis de baches hipotensivos y evaluación con escalas.

21319. TALAMOTOMÍA BILATERAL MEDIANTE ULTRASONIDOS DE ALTA INTENSIDAD GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN TEMBLOR ESENCIAL

López Trashorras, L.¹; Franco Rubio, L.¹; Rodríguez Albacete, N.¹; Aldaz Burgoa, A.¹; Abizanda Saro, P.¹; Ribacoba Díaz, C.¹; Pérez García, C.²; Yus Fuertes, M.³; Trondin, A.⁴; López-Frías López-Jurado, A.²; López Valdés, E.¹; García-Ramos García, M.¹; Fernández Revuelta, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Unidad de Radiología Neurointervencionista. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos; ⁴Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: El temblor esencial frecuentemente presenta síntomas bilaterales que limitan para las actividades de la vida diaria. Recientemente, se ha aprobado la talamotomía bilateral mediante ultrasonidos de alta intensidad guiada por resonancia magnética (MRgFUS) para el temblor esencial.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de una serie de pacientes con temblor esencial grave refractario a tratamiento farmacológico a los que se les realizó una talamotomía bilateral mediante MRgFUS en el núcleo VIM. El segundo tratamiento se espació al menos un año del primer procedimiento. Los criterios de exclusión para realizar el tratamiento mediante MRgFUS del segundo lado fueron un resultado subóptimo del primer tratamiento o la presencia de efectos adversos previos.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes con temblor esencial tratados con talamotomía bilateral mediante MRgFUS. La mediana de edad fue de 67 años (66-70,25). La mediana basal en la Clinical Rating Scale of Tremor (CRST) fue CRST-A 20 (18,25-21,75) CRST-B 19,5 (17-23,5); CRST-C 12,5 (12-13). Tras la realización de los dos tratamientos, la puntuación fue de CRST-A 3 (2,5-3), CRST-B 6 (3-8,5), CRST-C 0,5 (0-1,75), con una mejoría del 85% en el subapartado CRST-A y del 96% del CRST-C. Dos pacientes presentaron inestabilidad de la marcha transitoria y disartria leve (33,33%). El resto de los pacientes no presentaron efectos adversos (66,67%).

Conclusión: La talamotomía bilateral mediante MRgFUS alcanza una mejoría superior al 80% en la valoración del temblor y superior al 90% en la repercusión funcional del mismo. Los efectos adversos tras el segundo tratamiento continúan siendo leves, considerándose un tratamiento seguro.

20401. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFUSIÓN DE LEVODOPA-ENTACAPONA-CARBDOPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. RESULTADOS DEL ESTUDIO LECIPARK

Santos García, D.¹; López Manzanares, L.²; Muro, I.²; Lorenzo, P.²; García Ramos, R.³; Fernández Valle, T.⁴; Morata Martínez, C.⁵; Babiera Muñoz, R.⁵; Martínez Torres, I.⁵; Álvarez Saucó, M.⁶; Alonso Modino, D.⁷; Legarda, I.⁸; Valero García, M.⁸; Suárez Muñoz, J.⁹; Martínez Castrillo, J.¹⁰; Perona, A.¹¹; Salom, J.¹²; Cubo, E.¹³; Valero Merino, C.¹⁴; López Ariztegui, N.¹⁵; Sánchez Alonso, P.¹⁶; Novo Ponte, S.¹⁶; Gamo Gómez, E.¹⁶; Martín, R.¹⁶; Espinosa, R.¹⁷; Carmona, M.¹⁸; Esmerali, C.¹⁹; García Ruiz, P.¹⁹; Muñoz Ruiz, T.²⁰; Fernández Rodríguez, B.²⁰; Mata, M.²¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ³Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ⁶Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; ⁸Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; ⁹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; ¹²Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; ¹³Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; ¹⁵Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ¹⁷Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Camino; ¹⁸Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; ¹⁹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ²⁰Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; ²¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Objetivos: Levodopa/carbidopa/entacapona gel (LCEG) es un tratamiento recientemente aprobado para la enfermedad de Parkinson (EP). Presentamos datos de un estudio observacional de práctica clínica diaria (PCD).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional multicéntrico de pacientes con EP tratados con LCEG en España (LECIPARK). Se invitó a participar a neurólogos con experiencia de ≥ 2 pacientes tratados hasta el 31 de marzo de 2024. Se recogieron datos de PCD sobre efectividad y seguridad de las historias clínicas (V0, pre-LCEG; V1, inicio de LCEG; V2, seguimiento post-LCEG) con un total de 246 variables.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes (61,6% varones; $70,1 \pm 9,1$ años) de 21 centros con una duración media de enfermedad de $14,4 \pm 6,3$ años. El 35,6% fueron cambio de infusión de levodopa/carbidopa a LCEG. La duración media del tratamiento fue de $177,3 \pm 110,5$ días (7-476). El tiempo OFF diario (horas) disminuyó de $5,2 \pm 3$ al inicio (pre-LECIG) a $1,1 \pm 0,6$ (pos-LECIG) ($N = 66$; $p < 0,0001$). El 73,4% y 64,7% se clasificaron en V2 como “moderadamente mejor” o “mucho mejor” según la opinión del neurólogo y propio paciente, respectivamente (CGI). No se detectó cambio significativo en la dosis diaria equivalente de levodopa de V0 a V2. Solo 5 pacientes (6,8%) recibieron infusión durante 24 horas, 18 (24,7%) requirieron más de 1 cartucho al día y 35 (47,9%) recibían más de 1 flujo al día. Un 43,8% presentaron al menos un evento adverso relacionado con LCEG y/o el dispositivo y 5 pacientes (6,8%) discontinuaron LECIG.

Conclusión: LCEG es una terapia efectiva y segura en pacientes con EP.

20361. IMPACTO DE LA TALAMOTOMÍA UNILATERAL MEDIANTE ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA INTENSIDAD GUIADOS POR RM (FUS) EN LA CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS NO MOTORES DE LOS PACIENTES CON TEMBLOR ESENCIAL

Vilas Rolán, D.¹; Ispuerto, L.¹; Tardáguila, M.²; Muñoz, J.²; González, A.²; Gea, M.¹; Pérez, J.¹; García, R.¹; Álvarez, R.¹