

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

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

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Camino; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; <sup>19</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; <sup>21</sup>Servicio 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  $\geq 2$  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.<sup>1</sup>; Ispuerto, L.<sup>1</sup>; Tardáguila, M.<sup>2</sup>; Muñoz, J.<sup>2</sup>; González, A.<sup>2</sup>; Gea, M.<sup>1</sup>; Pérez, J.<sup>1</sup>; García, R.<sup>1</sup>; Álvarez, R.<sup>1</sup>