

## 21377. TRATAMIENTO CON PERFUSIÓN CON FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA SUBCUTÁNEA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Fernández Revuelta, A.; Ribacoba Díaz, C.; Hidalgo Valverde, B.; Aldaz, A.; López Trashorras, L.; López Valdés, E.; García-Ramos García, R.

*Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.*

**Objetivos:** La infusión subcutánea de foslevodopa/foscarbidopa es una terapia indicada en enfermedad de Parkinson (EP) con fluctuaciones motoras habiendo demostrado en el ensayo aleatorizado fase 3 una mejoría en el tiempo *on* sin discinesias y una disminución del tiempo *off*. El objetivo principal del estudio es evaluar parámetros de instalación, eficacia y seguridad del tratamiento en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una serie de pacientes con EP tratados con perfusión foslevodopa/foscarbidopa subcutánea. **Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes en tratamiento con foslevodopa/foscarbidopa subcutánea. La mediana de evolución de EP fue 9 años (6-12). La mediana de seguimiento con el tratamiento fue 82 días (27-104). 12 se encontraban con tratamiento oral y uno con duodopa intraduodenal. La mediana de levodopa equivalente previa fue 1.166 mg (955-1.351). Tras el inicio de foslevodopa/foscarbidopa, la mediana de levodopa equivalente fue 1.401,8 mg (1.006,4-1.949,6), un 20,22 % más de levodopa/día. 9 pacientes mantienen la perfusión durante 24 horas y 4 durante 16 horas. En Patient Global Impression of Change scale, 7 pacientes se encontraban moderadamente mejor (2), 4 mucho mejor (1) y dos sin cambios (4). 2 pacientes abandonaron el tratamiento (uno por ausencia de mejoría y otro por mala adaptación a la máquina). Los efectos secundarios fueron nódulos subcutáneos en 4 pacientes y un edema cutáneo. Un paciente presentó alucinaciones visuales.

**Conclusión:** El tratamiento con foslevodopa/foscarbidopa subcutánea obtiene una mejoría de la impresión clínica global del paciente en más del 80% de los casos. En nuestra serie, todos los efectos adversos fueron cutáneos, no presentando efectos adversos graves.

## 21175. TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DEL TEMBLOR CEFÁLICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATRONES DE INFILTRACIÓN Y RESPUESTA CLÍNICA

Aldaz Burgoa, A.; Abizanda Saro, P.; Rodríguez Albacete, N.; López Trashorras, L.; Franco Rubio, L.; López Valdés, E.; Fernández Revuelta, A.; García-Ramos García, R.

*Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.*

**Objetivos:** El temblorcefálico es un síntoma común en distonía cervical y temblor esencial, que frecuentemente se trata con toxina botulínica. No hay guías que recomiendan el patrón de infiltración o unidades de toxina según las características del temblor.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo de carácter retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con temblorcefálico en tratamiento con toxina valorados en Unidad de Trastornos del Movimiento de un Hospital terciario desde enero hasta mayo 2024. Se revisaron datos de la última infiltración y la respuesta percibida.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes (82,9% mujeres). La edad media fue de  $66,95 \pm 14,88$  años, con una mediana de 13 años desde el inicio del temblor y 4 años del tratamiento con toxina. Los diagnósticos fueron: 39% temblor esencial; 58,5% distonía cervical; y 2,4% temblorcefálico aislado. Un 56,1% tenían temblor *no-no*; 17,1% *sí-sí* y 26,8% *round-round*. Se infiltraron 140 UI de toxina botulínica tipo A de mediana por paciente, en una mediana de 4 músculos. Todos ecoguiados; 34,15% asociaron EMG. Los músculos más frecuentemente infiltrados fueron esplenios y esternocleidomastoideos, seguidos en orden descendente de semiespinales, OCI, trapecios, elevadores de la escápula, escalenos y *longissimus cervicis*. La mejoría según la escala de

impresión clínica global (CGI-I) fue: 46,3% mucho mejor; 36,6% moderadamente mejor; 9,8% levemente mejor; y 7,3% sin cambios. Un 43,9% refirieron algún efecto adverso transitorio, incluyendo dolor leve (31,7%), debilidad (14,6%), rigidez (4,88%) y disfagia (2,4%).

**Conclusión:** La toxina botulínica es un tratamiento eficaz para temblorcefálico, con buen perfil de seguridad y que permite variados patrones de infiltración.

## 20534. TALAMOTOMÍA CON HIFU (ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA INTENSIDAD) EN EL TEMBLOR ESENCIAL EN UN HOSPITAL PROVINCIAL. EXPERIENCIA EN LOS 10 PRIMEROS CASOS

Blasco Martínez, O.<sup>1</sup>; López Calvo, S.<sup>2</sup>; Colina Lizuaín, S.<sup>2</sup>; Fernández García, C.<sup>3</sup>; Parras Grajera, O.<sup>4</sup>; Rivera Piñillos, J.<sup>5</sup>; Anadón Gallardo, C.<sup>5</sup>; López Álava, S.<sup>6</sup>; Alarcón Falces, J.<sup>2</sup>; Marzo Sola, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>4</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Txagorritxu; <sup>5</sup>Servicio de Radiología. Hospital San Pedro; <sup>6</sup>Neuropsicología. Hospital San Pedro.

**Objetivos:** Presentar nuestra serie de pacientes con temblor esencial refractario incapacitante tratados mediante talamotomía unilateral con HIFU, analizando los resultados. Además, exponer la situación singular de que se realice en un hospital sin neurocirugía.

**Material y métodos:** Recogida prospectiva de datos epidemiológicos, aspectos técnicos y escalas clínicas antes y después del tratamiento, así como los efectos adversos al alta y en la evolución, a los 3 y 6 meses.

**Resultados:** Se han tratado 10 pacientes, 8 hombres y 2 mujeres con una edad media de 75,5 años. En todos, la diana fue el VIM izquierdo. El cociente medio de la densidad craneal (SDR) fue de 0,51; el número medio de sonicaciones de 7,6; la duración media de las sonicaciones de 11,5 segundos; y la energía media total suministrada por paciente de 72270 julios. Previo al tratamiento, la Clinical Rating Scale for Tremor (CRST) total media era 48,2 y a los 3 meses de 19,9 (-58,7%); en 3 pacientes tratados hace 6 meses, se mantiene. Hubo una disminución media del temblor postural de la mano tratada de un 89% (CRST A+B), que también se mantiene. La incapacidad funcional mejoró un 84% (CRST C). No hubo efectos adversos graves. El evento adverso más frecuente fue la inestabilidad de la marcha y se resolvió en todos los pacientes.

**Conclusión:** La talamotomía unilateral con HIFU en el temblor esencial es segura y eficaz, mejorando la incapacidad funcional. Se requiere un abordaje multidisciplinar y una selección adecuada de los pacientes.

## 20331. FACTORES CLÍNICOS Y DE IMAGEN RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Martí Andrés, G.<sup>1</sup>; Prieto, E.<sup>2</sup>; Espinoza Vinces, C.<sup>3</sup>; Riverol, M.<sup>3</sup>; Arbizu, J.<sup>4</sup>; Luquin Piudo, R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Navarra; <sup>2</sup>Servicio de Radiofísica. Clínica Universidad de Navarra; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Clínica Universidad de Navarra; <sup>4</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universidad de Navarra.

**Objetivos:** Evaluar los factores clínicos y de imagen relacionados con el riesgo de muerte en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluye un total de 114 pacientes con EP a los que se realiza una PET-FDG cerebral. Se obtuvieron las variables clínicas y de imagen de interés, incluyendo la fecha de fallecimiento o la última visita de seguimiento en diciembre de 2022. Se incluyó la expresión individual del patrón relacionado con la EP (EPRP) obtenido previamente mediante un análisis SSM/PCA de la PET-FDG. La mediana de supervivencia se calculó

mediante un test de Kaplan-Meier. Los factores relacionados con la mortalidad se detectaron mediante un modelo de regresión de Cox. Además, se analizó el impacto en el riesgo de fallecer del tiempo de aparición de hitos de interés clínico.

**Resultados:** La mediana de seguimiento clínico de los pacientes con EP fue de 12,5 [RIC 6,2-17,4] años, durante el cual 30 pacientes fallecieron. La mediana de supervivencia fue de 26,9 [22,4-33,5] años. Se observó un mayor riesgo de mortalidad a mayor edad de inicio de la enfermedad, mayor expresión del EPRP y en aquellos pacientes que desarrollaron disfagia temprana (< 5 años). Además, se observó un riesgo de mortalidad incrementado cuanto antes se presentaran las caídas, alucinaciones visuales, disfagia, demencia o disgrafia.

**Conclusión:** La mayor edad de inicio, mayor expresión del EPRP y el desarrollo temprano de disfagia son factores con un impacto negativo en la supervivencia de la EP. Además, cuanto antes desarrolla síntomas de EP avanzada mayor es el riesgo de mortalidad.

## Trastornos del movimiento P2

### 20653. USO DE LA CLASIFICACIÓN MNCD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON TRATADOS CON PERFUSIÓN DE LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONA. MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Reyes Toboso, D.<sup>1</sup>; 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>; Baviera 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 García, R.<sup>16</sup>; Espinosa, R.<sup>17</sup>; Carmona, M.<sup>18</sup>; Feliz, 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. Complejo Universitario de 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. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial 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 de Especialidades de Jerez de la Frontera; <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:** La clasificación MNCD es una herramienta sencilla basada en 4 ejes (Motor, Non-motor, Cognition, Dependency) que permite estudiar la enfermedad de Parkinson (EP). Utilizamos por primera vez la clasificación MNCD para monitorizar la respuesta de pacientes con EP avanzada a una terapia con dispositivo (TcD).

**Material y métodos:** Se aplicó la clasificación MNCD en pacientes con EP tratados con perfusión de levodopa/carbidopa/entecapona del estudio observational retrospectivo multicéntrico LECIPARK. Se recogió tanto el score (MNCDs; de 0 a 12) como el estadio (MNCDe; de 1 a 5) en la visita basal (V0; pretratamiento) y final de seguimiento (V2; post-tratamiento). Los cambios de V0 a V2 se evaluaron con los test de Wilcoxon y homogeneidad marginal.

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes con EP (58,2% varones;  $69,9 \pm 9,3$  años;  $14,4 \pm 6,5$  años de evolución) con una duración media del tratamiento (V2) de  $172,9 \pm 105,1$  días (rango, 7-467). En V0, los pacientes se clasificaron en estadio 2 (35,8%), 3 (46,3%) o 4 (17,9%). La frecuencia de pacientes en el estadio 4 disminuyó al 9% en V2 y 2 pacientes (3%) se clasificaron en estadio 1 ( $p = 0,001$ ). La puntuación total del MNCDs disminuyó de  $6,3 \pm 1,9$  en V0 a  $5,2 \pm 2,2$  en V2 ( $p < 0,0001$ ). De V0 a V2 mejoró la carga de síntomas motores (M) ( $p < 0,0001$ ), no motores (N) ( $p < 0,001$ ) y la autonomía para las actividades de la vida diaria (D) ( $p < 0,005$ ).

**Conclusión:** La clasificación MNCD podría ser útil para clasificar a los pacientes con EP avanzada y monitorizar la respuesta a una TcD.

### 21363. SÍNTOMAS NO MOTORES Y DETERIORO COGNITIVO A 5 AÑOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Núñez Santos, L.<sup>1</sup>; Bargay Pizarro, E.<sup>1</sup>; Valero García, M.<sup>1</sup>; Legarda Ramírez, I.<sup>1</sup>; Vives Pastor, B.<sup>1</sup>; Vallés Serrano, C.<sup>1</sup>; Chilanguá Canaval, L.<sup>1</sup>; Mir, P.<sup>2</sup>; Santos García, D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Objetivos:** Describir la asociación entre síntomas no motores (SNM) y el diagnóstico posterior de deterioro cognitivo (DC) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).

**Material y métodos:** Se han obtenido datos de la evaluación inicial (V0) y a 5 años (V60) de pacientes con EP incluidos en COPPADIS-2015 (COhort of Patients with PArkinson's Disease in Spain). Se recogieron datos de escalas clínicas: NMSS (Non-Motor Symptom Scale) y PDCRS (Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale). Se han excluido pacientes con DC al inicio y sin escalas registradas a 5 años. Se analiza la relación entre la puntuación NMSS en V0 y el DC (PDCRS < 81) en V60.

**Resultados:** Se incluyen 328 pacientes. La media de edad en V0 es 60,36 años; 56,7% hombres y 43,0% mujeres. Se realiza un análisis de regresión logística evaluando la asociación entre la puntuación global en la NMSS en V0 y el riesgo de presentar DC a los 5 años, ajustado por factores de confusión. Un aumento de un punto en la NMSS en la V0 se asocia con un incremento de 1,2% de riesgo de presentar deterioro cognitivo a 5 años (coeficiente de regresión = 0,012, OR = 1,012,  $p < 0,001$ ). Se ha encontrado esta asociación con 8 de los 9 dominios de la NMSS de forma independiente.

**Conclusión:** En esta muestra de pacientes con EP, una puntuación mayor en NMSS se relaciona con mayor riesgo de DC a 5 años. Se pretende resaltar la importancia de detectar los SNM en estadios precoces y monitorizar en estos pacientes la aparición de DC durante el seguimiento.

### 20404. EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE DOLOR Y FATIGA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: CORRELACIONES Y VARIABLES MEDIADORAS

Hurtado Martínez, A.<sup>1</sup>; Sánchez Cuesta, F.<sup>1</sup>; González Zamorano, Y.<sup>2</sup>; Moreno Verdú, M.<sup>3</sup>; Fernández Carnero, J.<sup>2</sup>; Romero Muñoz, J.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria; <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos; <sup>3</sup>Instituto de Neurociencia. Universidad Católica de Lovaina; <sup>4</sup>Unidad de Daño Cerebral. Hospital Beata María Ana. Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria.

**Objetivos:** El dolor es un síntoma no motor (SNM) de la enfermedad de Parkinson (EP) presente en hasta un 85% de pacientes. Estos suelen quejarse también de fatiga, otro SNM altamente prevalente. La presencia de ambos reduce considerablemente la calidad de vida, y su relación sigue siendo una incógnita. El objetivo es evaluar la relación entre ambos SNM, y sus mediadores, en una muestra de pacientes de EP.