



## P-079 - TRATAMIENTO MEDIANTE ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA INTENSIDAD COMO RESCATE TRAS LA CIRUGÍA DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA INEFECTIVA

M. Tardáguila Serrano<sup>1</sup>, D. Vilas Rolan<sup>1</sup>, J.L. Muñoz Aguiar<sup>1</sup>, L. Ispuerto<sup>1</sup>, R. Álvarez Ramo<sup>1</sup>, G. Plans Ahicart<sup>2</sup>, S. Jaumà Classen<sup>2</sup>, A. González Crespo<sup>1</sup>, M.S. Pastor Cabeza<sup>1</sup>, S.A. Menéndez Girón<sup>1</sup>, L.F. Parada<sup>1</sup> y C.J. Domínguez Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

### Resumen

**Introducción:** Un 25-55% de pacientes con temblor esencial (TE) desarrollarán temblor refractario. La estimulación cerebral profunda (ECP) es el tratamiento de elección en estos. Recientemente, la talamotomía con ultrasonidos focalizados (MRgFUS) ha demostrado una mejora significativa del temblor. Presentamos un paciente con TE recurrente tras ECP inicialmente exitosa, y que posteriormente recibió MRgFUS.

**Caso clínico:** Paciente con TE refractario, con 45 años se propuso VIM-ECP, presentando práctica abolición del temblor, pero recidivó al año. Inicialmente respondedor a modificaciones de programación, tras 10 años presentó recurrencia completa, con efectos adversos que imposibilitaban la estimulación. Se retiró el sistema ECP y posteriormente se realizó MRgFUS izquierda; realizando planificación estereotáctica con tractografía. Tras una sonicación, con persistencia del temblor y cavitación (en relación a ubicación previa del electrodo), se desplazó la diana 2mm lateralmente. Tras dos lesiones, se logró abolición del temblor, sufriendo disartria leve y disimetría que remitieron *ad integrum*. Tras tres meses, persiste la mejoría, sin efectos adversos.

**Discusión:** Presentamos un caso de TE tratado con MRgFUS como rescate tras ECP. Aunque VIM-ECP es el tratamiento de elección en TE refractario, la reaparición del temblor puede ocurrir en 6-30%, por tolerancia al ECP, o progresión de la enfermedad. MRgFUS, a juzgar por este caso, parece un tratamiento seguro. La mejoría apreciada respalda la hipótesis de los diferentes mecanismos subyacentes a neuromodulación y ablación, presentes en publicaciones recientes que demuestran la viabilidad del ECP en recurrencias pos-MRgFUS. Consideraciones previas a MRgFUS en portadores de VIM-ECP: retirar el sistema de DBS antes del TC para calcular SDR; la localización del electrodo debe considerarse en la planificación; hasta disponer de evidencia suficiente, solo es posible tratar un hemisferio. Nuestro caso demuestra la viabilidad del MRgFUS como rescate tras ECP. Son necesarios estudios con mayor muestra para confirmar eficacia y seguridad a largo plazo.