



19638 - RE-START STUDY: Estudio multicéntrico para valoración de respuesta tras la reintroducción de los anticuerpos anti-CGRP en el paciente con migraña

Romero del Rincón, C.¹; González-Martínez, A.¹; Quintas, S.¹; García-Azorín, D.²; Fernández Lázaro, I.¹; Guerrero-Peral, A.²; González Osorio, Y.²; Iglesias Díez, F.³; Echavarriá Íñiguez, A.³; Gil Luque, S.³; Huerta Villanueva, M.⁴; Campoy Díaz, S.⁴; Muñoz Vendrell, A.⁴; Velasco Juanes, F.⁵; Lozano Ros, A.⁶; Sánchez-Soblechero, A.⁶; Morollón Sánchez-Mateos, N.⁷; Belvís Nieto, R.⁷; Kortazar-Zubizarreta, I.⁸; Echeverría Urabayen, A.⁸; Rodríguez Vico, J.⁹; Jaimes Sánchez, A.⁹; Gómez García, A.⁹; Navarro Pérez, M.¹⁰; Montes, N.¹¹; Gago-Veiga, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; ⁶Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; ⁷Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; ⁹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco; ¹¹Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario de la Princesa.

Resumen

Objetivos: Según las últimas guías europeas se debe plantear la suspensión del anticuerpo anti-CGRP tras 12-18 meses, aunque un porcentaje elevado de pacientes pueden presentar un empeoramiento significativo tras ello. Este estudio analizó la efectividad de la reintroducción del tratamiento, en términos absolutos y en comparación con el primer ciclo.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo de 10 Unidades de Cefaleas. Se registró el número de días de cefalea (DCM) y migraña/mes (DMM) en cuatro momentos: previo inicio de anti-CGRP (T-Basal), último mes del primer ciclo (T-Suspensión), en el empeoramiento (T-Empeoramiento) y 3 meses tras la reintroducción (T-Reintroducción). Se midió la efectividad del segundo ciclo (mejoría en DCM y DMM en T-Reintroducción respecto al T-Empeoramiento > 30%) y se comparó la respuesta del segundo ciclo (T-Reintroducción) con la situación al final del primer ciclo (T-Suspensión).

Resultados: N = 152. 85% mujeres, edad media 48 años. La mediana de DCM y DMM fue: 1) T-Basal: 22 (IQR = 13), 14 (IQR = 8); 2) T-Suspensión: 6 (IQR = 7), 4 (IQR = 5,75); 3) T-Empeoramiento: 16 (IQR = 10,25), 11 (IQR = 7); 4) T-Reintroducción: 7 (IQR = 7,25), 5 (IQR = 6,50). En DCM: El 2º ciclo fue efectivo en 151/152 (99%). No obtuvieron misma respuesta 79/152 (52%): 54/79 (68%) empeoraron 1-5 días, 19/79 (24%) de 6-10 días y 6/79 (7%) > 10 días. En DMM fue efectivo en 131/138 (95%). No alcanzaron la misma respuesta un 75/152 (49%): 55/75 (73%) empeoraron 1-5 días, 12/75 (16%) de 6-10 días y 8/75 (11%) > 10 días.

Conclusión: Los resultados sugieren que la reintroducción del tratamiento es efectiva en la mayoría de pacientes. Sin embargo, a los 3 meses la mitad de la muestra no alcanzó la mejoría del primer ciclo.