

## Cefaleas I

### 19852. ESTIMULACIÓN DEL NERVIO OCCIPITAL EN PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS REFRACTARIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EFICACIA Y SEGURIDAD SOBRE NUESTROS PACIENTES EN UN PERÍODO DE SEGUIMIENTO DE 2 AÑOS

Sánchez Rodríguez, N.; Fernández Panadero, A.; Gómez López, P.; Lamas Pérez, R.; Millán Vázquez, M.; González Oria, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

**Objetivos:** La estimulación del nervio occipital (ENO) se utiliza como tratamiento en pacientes con cefalea en racimos (CR) farmacorresistente.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de la eficacia y seguridad de la ENO en pacientes con CR crónica, durante un período de seguimiento de 2 años.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes (84,6% varones y 15,4% mujeres). Se implantó el ENO a una edad media de 42 ( $\pm$  DE 6) años y tras una mediana (Me) de 6 años desde el comienzo de la cefalea. 11 neuroestimuladores fueron colocados bilateralmente. Todos tenían RM normal. 2 asociaban otra cefalea primaria. Antes de la colocación presentaban una Me de 17 (RIQ 11-31) crisis semanales (CS) y de 90 (RIQ 51-112) minutos de duración de crisis (DC). Todos usaban tratamiento sintomático: Me de consumo semanal de triptanes (CST) de 6 (RIQ 4-7). Se evidenció mejoría al tercer y sexto mes posimplante, con una reducción de las Me (RIQ) de CS a 6 (2-28), de DC a 17 (15-31) minutos y de CST a 1 (0-6); prescindiendo un 10% del tratamiento sintomático. Tras 12 meses hubo empeoramiento de estas variables (Me/RIQ): FCS 21 (13-31), DC 30 (21-75) minutos y CST 6 (5-7); requiriendo el 100% medicación sintomática. Surgieron complicaciones en 4 (31%) pacientes (3 requirieron intervención): 2 infecciones locales en zona del generador y 2 migraciones del dispositivo. Finalmente se retiraron 6 (46%) neuroestimuladores tras una media de 68 meses desde su colocación. Los motivos fueron: 5 (38%) ineficacia y 1 (8%) disestesias.

**Conclusión:** La ENO mejoró el control sintomático de la CR refractaria al menos durante los primeros 6 meses, pero no demostró eficacia a largo plazo, retirándose en una proporción relevante de pacientes.

### 19350. CEFALEA EN RACIMOS ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO?

Olivier, M.; Nieves Castellanos, C.; Ferre González, L.; Díaz Insa, S.

Servicio de Neurología. Unidad de Cefaleas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

**Objetivos:** La cefalea en racimos (CR) es una trigémino-autonómica; predomina en hombres, inicio 20-40 años. Poco frecuente; incidencia: 53/100.000 habitantes/año. 10-15% es crónica. El objetivo es analizar una cohorte de pacientes con diagnóstico de CR e identificar diferencias clínicas y respuesta al tratamiento según el género.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de una cohorte de 72 pacientes con diagnóstico de CR. Analizamos: edad de inicio y al diagnóstico, la clínica y evolución, crisis semanales, tratamientos recibidos y respuesta a los mismos.

**Resultados:** 72 pacientes: 13 mujeres (M: 18,1%) y 59 hombres (H: 81,9%). Edad media (EM) inicio: M: 32,5. H: 35,4. EM al diagnóstico: M: 40,2; H: 39,5. Lateralidad: M: derecho (69,2%). H: derecho (47,5%) y 8,5% alternante. M: 38,5% crónicas, 61,5% episódicas. H: 18,6% crónicas, 81,4% episódicas. Rinorrea: M: 84,6%; H: 66,1%. Epifora: M: 76,9%; H: 83%. Ptosis: M: 76,9%; H: 50,8%. Taponamiento nasal: M: 84,6%; H: 64,4%. Enrojecimiento ocular: M: 69,2%; H: 74,6%. Sudor facial: M: 23,1%; H: 32,2%. Irritabilidad: M: 69,2%; H: 83%. N° de crisis semanales

promedio: M: 27,75; H: 20,3. Tabaquismo: M: 61,5%; H: 84,7%. Hábito etílico: M: 7,7%; H: 50,85%. Eficacia: verapamilo: M: 18,2%. H: 50%. Topiramato: M: 0%. H: 20,8%. Bloqueos: M: 20%. H: 57,4%. Litio: M: 0%. H: 12,5%. Bótox: M: 14,3%. H: 53,3%. Monoclonales: M: 16,7%. H: 42,8%. Corticoides: M: 42,8%. H: 44,4%. Oxígeno: M: 50%. H: 76,2%.

**Conclusión:** Observamos que en las mujeres se presenta algo antes, su diagnóstico se demora; presentan mayor afectación derecha; mayor cronicidad; menos irritabilidad (tan característico en CR) y hábitos tóxicos; mayor número de crisis/semana y menor respuesta a los tratamientos. Consideramos muy importante pensar en CR en mujeres aunque su clínica no sea tan característica.

### 19876. MADRE MÍA: MONOCLONAL ANTIBODY DURATION OF RESPONSE IN MIGRAINE AFTER TREATMENT INTERRUPTION: A PROSPECTIVE NATIONAL STUDY ON 2,073 PATIENTS

García Azorín, D.<sup>1</sup>; Díaz de Terán, J.<sup>2</sup>; Navarro Pérez, M.<sup>3</sup>; Santos Lasaosa, S.<sup>4</sup>; Martín Bujanda, M.<sup>5</sup>; Riesco Pérez, N.<sup>6</sup>; Álvarez Escudero, M.<sup>6</sup>; Membrilla López, J.<sup>2</sup>; Velasco Juanes, F.<sup>7</sup>; Oterino Durán, A.<sup>6</sup>; Gil Luque, S.<sup>8</sup>; Sánchez Soblechero, A.<sup>9</sup>; Echavarría Iñiguez, A.<sup>8</sup>; Iglesias Díez, F.<sup>8</sup>; Lozano Ros, A.<sup>9</sup>; Obach Baurier, V.<sup>10</sup>; Fernández Fernández, S.<sup>11</sup>; Fabregat Fabras, N.<sup>10</sup>; Marco Galindo, T.<sup>11</sup>; Temprano Fernández, M.<sup>12</sup>; Álvarez Álvarez, M.<sup>12</sup>; González Fernández, L.<sup>12</sup>; Jaimes Sánchez, A.<sup>13</sup>; Rodríguez Vico, J.<sup>13</sup>; Gómez García, A.<sup>13</sup>; Aranceta Arilla, S.<sup>14</sup>; Porta-Etessam, J.<sup>15</sup>; González García, N.<sup>15</sup>; Ruisánchez Nieva, A.<sup>16</sup>; Mínguez Oloaondo, A.<sup>17</sup>; Rubial Salgado, M.<sup>17</sup>; López Bravo, A.<sup>18</sup>; García Moncó, J.<sup>19</sup>; Roncerio Colina, N.<sup>19</sup>; Gago Veiga, A.<sup>20</sup>; Fernández Lázaro, I.<sup>20</sup>; Romero Rincón, C.<sup>20</sup>; Huerta Villanueva, M.<sup>21</sup>; Muñoz Vendrell, A.<sup>21</sup>; Campoy Díaz, S.<sup>21</sup>; Cuadrado Godia, E.<sup>22</sup>; Manera, P.<sup>22</sup>; González Oria, C.<sup>23</sup>; Lamas Pérez, R.<sup>23</sup>; Echeverría Urabayen, A.<sup>24</sup>; Kortazar Zubizarreta, I.<sup>24</sup>; Morollón Sánchez-Mateos, N.<sup>25</sup>; Belvís Nieto, R.<sup>25</sup>; Sierra Mencía, A.<sup>1</sup>; Andrés López, A.<sup>26</sup>; Layos Romero, A.<sup>26</sup>; Recio García, A.<sup>1</sup>; Sanz Castrillo, A.<sup>27</sup>; González Osorio, Y.<sup>28</sup>; Treviño Peinado, C.<sup>29</sup>; Guerrero Peral, Á.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces. Hospital Universitario de Cruces; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic de Barcelona; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clinic de Barcelona; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñas; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Taulí; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; <sup>19</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>21</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>22</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar; <sup>23</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>24</sup>Servicio de Neurología. Hospital Alaba Vitoria; <sup>25</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>26</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>27</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Segovia; <sup>28</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>29</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa.

**Objetivos:** Evaluar la duración del beneficio en pacientes con migraña tratados con anticuerpos frente al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) con respuesta terapéutica positiva.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectiva multicéntrico (n = 27 centros nacionales). La población de estudio fueron pacientes con migraña que a criterio de su neurólogo responsable reciban tratamiento con anticuerpos anti-CGRP o su receptor, y que tuvieron una respuesta positiva a este. Se recabaron variables demográficas y clínicas. Se estimó la duración del beneficio mediante análisis de supervivencia.

vencia y se exploraron las variables asociadas a una mayor duración de este mediante regresión de Cox.

**Resultados:** Se evaluaron 2.139 pacientes, de los que se excluyeron 164 pacientes por fallo de efectividad, 79 por fallo de tolerancia y 66 por ausencia de información del tratamiento empleado. De los 2.073 pacientes incluidos, el 76,7% fueron mujeres, la edad de inicio de la migraña fue de 17 [rango intercuartílico (RIQ): 13,2-26,0] años y la edad en el momento del tratamiento con los anticuerpos de 48,4 [RIQ: 41,6-56,4] años. El tipo de migraña fue crónica en el 78,2%. Los pacientes fueron tratados con galcanezumab (55,7%), fremanezumab (24,5% (el 31,6% con uso trimestral)), erenumab (19,4%) o optinezumab (0,4%). El número de tratamientos preventivos empleados previamente fue de 5 [RIQ: 4-6,7]. En los pacientes en los que se retiró el tratamiento, la duración del beneficio mediana fue de 7 [RIQ: 3-14,0] meses.

**Conclusión:** La evolución clínica tras la retirada del tratamiento con anticuerpos anti-CGRP fue variable, siendo frecuente el empeoramiento en los meses posteriores.

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

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid;

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

**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.

#### 19144. ASOCIACIÓN ENTRE MIGRAÑA Y LOS NIVELES ELEVADOS DE CGRP-ALFA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN NUEVO MEDIADOR EN EL EJE INTESTINO-CEREBRO

Pascual Gómez, J.<sup>1</sup>; Gárate, G.<sup>1</sup>; Pascual Mato, M.<sup>2</sup>; Rivero Tirado, M.<sup>2</sup>; González Quintanilla, V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Universidad de Cantabria; IDIVAL; <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Universidad de Cantabria; IDIVAL.

**Objetivos:** Diferentes estudios han establecido una asociación entre las enfermedades inflamatorias intestinales (EI) y la migraña. El CGRP, debido a sus efectos y localización mixta es candidato a poseer un rol en ambas entidades. En este trabajo hemos medido los niveles de CGRP-alfa en pacientes con EI y evaluado el efecto sobre estos de la presencia de historial de cefalea y/o migraña.

**Material y métodos:** Se extrajo suero de 85 pacientes con diagnóstico reciente de EI ( $47,3 \pm 16,9$  años; 35,3% hombres) y 50 controles (CS) sin historial de migraña ni de EI ( $47,3 \pm 15,1$  años; 34% hombres). El CGRP-alfa fue determinado mediante ELISA (Abbexa, R.U.).

**Resultados:** Los niveles del neuropéptido se encontraron elevados en EI ( $57,0 \pm 29,7$  pg/mL) comparados con CS ( $44,7 \pm 24,2$  pg/mL;  $p < 0,01$ ), independientemente de la presencia de cefalea y/o migraña. No existieron diferencias al clasificar por historial de cefalea. Cuando los sujetos con EI se clasificaban entre aquellos con historial de migraña ( $n = 14$ ; 100% mujeres; CGRP-alfa:  $70,6 \pm 25,9$  pg/mL) y aquellos que no (CGRP-alfa:  $54,3 \pm 29,8$  pg/mL) se mantuvieron las diferencias frente a CS para los dos grupos, si bien los valores en los pacientes con migraña eran superiores ( $p < 0,05$ ) a los de aquellos sin historia de migraña.

**Conclusión:** El incremento de CGRP-alfa encontrado en pacientes con EI, independiente del diagnóstico de migraña, podría indicar un rol de la molécula en la fisiopatología de estas enfermedades. Los niveles especialmente elevados de aquellos pacientes con migraña sugieren además una conexión fisiopatológica entre las dos enfermedades, que de confirmarse representaría un nuevo ejemplo de la relevancia del eje intestino-cerebro.

#### 19877. ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESPUESTA A ERENUMAB Y ONABOTULINUMTOXINA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA

Torres Ferrús, M.<sup>1</sup>; Caronna, E.<sup>1</sup>; Alpuente, A.<sup>1</sup>; Mas-de-les-Valls, R.<sup>2</sup>; Giné Ciprés, E.<sup>1</sup>; Pozo-Rosich, P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Vall d'Hebron Institut de Recerca.

**Objetivos:** Comparar la respuesta (reducción frecuencia y cambio en PRO) entre erenumab (ERE) y onabotulinumtoxinA (OnabotA) tras 6 meses de tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de cohortes. Se incluyen 2 cohortes paralelas de pacientes con migraña crónica tratados con erenumab 140 mg/mes o toxina botulínica 195 U/3 meses, sin otros tratamientos preventivos o comorbilidad psiquiátrica o de dolor crónico. Se recogieron datos demográficos, frecuencia de cefalea (días cefalea-migraña/mes [DCM, DMM]), escalas de impacto (MIDAS, HIT-6, MSQ) y ansiedad/depresión (BAI, BDI-II) basalmente y tras 6 meses de tratamiento. Se balancearon variables basales entre los dos grupos. Se evaluó la diferencia de eficacia entre tratamientos usando test de ANOVA de medidas repetidas y modelos de regresión lineal, mediante R.

**Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes (ERE = 42, BTX = 42) sin diferencias significativas en variables basales. La frecuencia basal fue ERE

18 (13,21) DCM; BTX 17 (15,20) DCM. Se objetivó una reducción de frecuencia de cefalea tras 6 meses de tratamiento en los 2 grupos (ERE -7,6 DCM, -5,1 DMM p < 0,001; BTX -4.93 DCM, -3.27 DMM p < 0,001) con diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p = 0,042). Se objetivó una reducción en las puntuaciones HIT6 y MSQ para los dos grupos (p < 0,05). Los pacientes tratados con ERE presentaron cambios significativos en las puntuaciones MIDAS, BDI y BAI (p < 0,05).

**Conclusión:** Erenumab y onabotulinumtoxinA son tratamientos preventivos efectivos en migraña crónica. Los pacientes tratados con erenumab presentaron una mayor reducción de frecuencia, así como mejoría significativa en escalas de discapacidad, ansiedad y depresión.

#### 18803. CEFALEAS NUMULARES SECUNDARIAS: ¿SON MÁS FRECUENTES DE LO QUE PENSÁBAMOS?

Sánchez Soblechero, A.; Luque Buzo, E.; Lozano Ros, A.; Guillem Mesado, A.

*Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos:** La cefalea numular (CN) es considerada una cefalea primaria. Infrecuentemente (< 15%) se han descrito causas secundarias. Nuestro objetivo es determinar las características de las CN secundarias y compararlas con las primarias.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo sobre una cohorte de pacientes (2002-2022) con diagnóstico de CN (Criterios CIC 3<sup>a</sup> ed). Se recogen datos clínicos y resultados de pruebas complementarias. Se realiza análisis estadístico según la variable ( $\chi^2$  o t-Student).

**Resultados:** 126 pacientes con edad media 51,8 ± 16,9 siendo 83 (65,9%) mujeres. 43 pacientes (34,12%) presentaban cefalea previa y 33 (26,2%) eran hipertensos. La localización del dolor más frecuente fue parietal (60; 47,6%), de morfología circular (94; 75,8%), cualidad opresiva (42; 39,6%), intensidad moderada (52; 45,2%) o leve (51; 44,3%) y duración de horas (30; 35,3%) o minutos (25; 29,4%). 78 pacientes (63,9%) presentaban disfunción sensitiva a la palpación. La TC fue patológica en 11 de 95 pacientes (11,57%); la RM en 14 de 76 (18,42%) y la gammagrafía ósea en 5 de 23 (21,7%). 38 pacientes (30,2%) tuvieron CN secundaria. 10 por alteraciones óseas (cuatro osteomas osteoides, cuatro por actividad osteogénica en gammagrafía ósea y dos deformidades óseas postquirúrgicas); nueve pacientes pos-TCE, cinco por quistes aracnoideos, cinco por tumores intracraneales (cuatro meningiomas, un prolactinoma), cuatro por malformaciones vasculares (tres aneurismas, un cavernoma), tres por trastornos cutáneos (psoriasis, piebaldismo, nódulo cutáneo) y dos por hipertensión. Los pacientes con CN secundaria sufren con mayor frecuencia hipertensión (15; 39,4 vs. 18%; 20,4%; p = 0,026), cefalea previa (20; 52,6 vs. 23%; 26,1%; p = 0,008) y disfunción sensitiva local (29; 76,3 vs. 49%; 55,6%; p = 0,013).

**Conclusión:** 30% de los pacientes con cefalea numular son secundarias, siendo las causas óseas, traumáticas, quísticas y tumorales las más frecuentes.

#### 20004. EFICACIA Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA EN MAYORES DE 65 AÑOS. ESTUDIO DE VIDA REAL

Peris Subiza, J.<sup>1</sup>; Cuadrado Godia, E.<sup>1</sup>; Guisado Alonso, D.<sup>1</sup>; Velasco, F.<sup>2</sup>; Álvarez Escudero, R.<sup>3</sup>; Araceta, S.<sup>4</sup>; Ruisánchez, A.<sup>5</sup>; Riesco, N.<sup>3</sup>; García Moncó, J.<sup>6</sup>; Mínguez Olaondo, A.<sup>7</sup>; Echeverría Urabayen, A.<sup>8</sup>; Kortazar Zubizarreta, I.<sup>9</sup>; López Bravo, A.<sup>10</sup>; García Azorín, D.<sup>11</sup>; Obach, V.<sup>12</sup>; Fabregat, N.<sup>13</sup>; Fernández Fernández, S.<sup>13</sup>; Roncero, N.<sup>6</sup>; González Fernández, L.<sup>3</sup>; Martín Bujada, M.<sup>14</sup>; Ruibal Salgado, M.<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital

Parc Taulí; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Basurto; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Donostia; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía, Tudela de Navarra; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario. Departamento de Medicina, Universidad de Valladolid; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial. Universidad de Barcelona; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial. Universidad de Barcelona; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Navarra; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián.

**Objetivos:** Los pacientes de edad avanzada ( $\geq$  65 años) están infrarepresentados en los ensayos clínicos de galcanezumab. Nuestro objetivo fue describir la eficacia y la seguridad en este grupo de pacientes mayores.

**Material y métodos:** Estudio de vida real y cohorte multicéntrica de pacientes consecutivos con migraña episódica de alta frecuencia o migraña crónica tratados con galcanezumab. Se comparó la eficacia medida como porcentaje de pacientes que alcanzan una reducción  $\geq$  50% (R50%) de los días de cefalea mensuales (DCM) a los 3 y 6 m y la seguridad medida como retirada del fármaco por efectos adversos (EAS) entre los pacientes  $<$  65 años y  $\geq$  65 años.

**Resultados:** Se incluyeron 1057 pacientes, 936 pacientes (88,5%) menores de 65 años y 121 pacientes  $\geq$  65 años (11,5%). Los pacientes  $\geq$  65 años tenían un mayor número de DCM basal (25 [RIQ 15-30] vs. 20 [14-30], p = 0,045) y una menor puntuación en HIT-6 (66,5 [RIQ 63-72] vs. 69 [66-72], p = 0,002). No hubo diferencias en cuanto a la R50% entre los pacientes  $\geq$  65 años y  $<$  65 años a los 3 meses (57 vs. 48,7%, p = 0,085) ni a los 6 meses (54,6 vs. 47,4%, p = 0,052). El fármaco fue bien tolerado y tampoco se encontraron diferencias significativas en la tasa de retirada del fármaco por EAS (10,1% en  $<$  65 vs. 5,8% en  $\geq$  65 años, p = 0,126).

**Conclusión:** El tratamiento con galcanezumab durante los primeros 6 meses es eficaz y seguro en los pacientes de edad más avanzada.

#### 19498. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA: ESTUDIO DE VIDA REAL (2015-2022) EN UNA BASE DE DATOS DE 1.200.000 PACIENTES

Pascual Gómez, J.<sup>1</sup>; Fontes Carmo, M.<sup>2</sup>; Muñiz Molina, A.<sup>2</sup>; Amada Peláez, B.<sup>3</sup>; Moya de Alarcón, C.<sup>3</sup>; Pozo Rosich, P.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Universidad de Cantabria; IDIVAL; <sup>2</sup>IQVIA; <sup>3</sup>Pfizer; <sup>4</sup>Unidad de Cefalea. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la realidad de la atención de la migraña en España en una amplia muestra de la población.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, realizado a partir de una base de datos de 1,2 millones de historiales médicos electrónicos (3% de la población española). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de migraña realizado de 01/2015-04/2022 y se recogieron sus características demográficas, tratamientos y especialidad de los médicos prescriptores.

**Resultados:** Solo el 5,5% de la población estudiada tenía un diagnóstico de migraña y solo la mitad de ella había recibido tratamiento en los últimos 24 meses (69,5% solo tratamiento agudo, 24,2% agudo y preventivo, y 6,3% solo preventivo). Los tratamientos más prescritos fueron AINE (56,3%), triptanes (44,1%), analgésicos (28,9%) y antidepresivos (17,9%) y los anticuerpos monoclonales anti-CGRP los menos prescritos (1,7%). El 20,7% de los pacientes a los que inicialmente se les prescribió únicamente tratamiento agudo, recibió posteriormente tratamiento preventivo con un tiempo medio de 29,4 meses en producirse. El médico de atención primaria inició el tratamiento preventivo en un 64,2% de los pacientes. El 28,8% de los pacientes que habían recibido  $\geq$  5 tratamientos preventivos no fueron tratados por un neurólogo.

**Conclusión:** La migraña continúa estando infradiagnosticada, infratratada y pobremente controlada en España. Estos resultados indican que

su manejo requiere planes de atención médica que eviten el retraso diagnóstico, el acceso a tratamientos adecuados y permitan un enfoque coordinado entre los profesionales de la salud.

#### 19474. ANÁLISIS DE MICROARNS COMO BIOMARCADORES EN MIGRAÑA

González Martínez, A.<sup>1</sup>; Planchuelo Gómez, Á.<sup>2</sup>; de la Fuente, H.<sup>3</sup>; Vera, P.<sup>3</sup>; Sierra, A.<sup>4</sup>; González Osorio, Y.<sup>4</sup>; Guerrero Peral, A.<sup>4</sup>; Gago Veiga, A.<sup>5</sup>; García Azorín, D.<sup>4</sup>; Vivancos, J.<sup>5</sup>; Sánchez Madrid, F.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa; <sup>2</sup>Imaging Processing Laboratory. Universidad de Valladolid. Cardiff University Brain Research Imaging Centre (CUBRIC); <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa; <sup>4</sup>Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>6</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de la Princesa.

**Objetivos:** Los microARNs (miARN) regulan la expresión génica a nivel postranscripcional, y están contenidos en exosomas. El objetivo principal del presente estudio es el estudio y caracterización de marcadores epigenéticos específicos de migraña a partir de datos de miARNs. **Material y métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectiva en pacientes con migraña episódica (ME), crónica (MC) y controles sanos. Se realizó una extracción de exosomas séricos, cuantificación de los niveles de expresión de miARN utilizando paneles humanos. Los datos normalizados fueron analizados utilizando una metodología avanzada de análisis de datos y considerando como significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 30 participantes mujeres (10 ME, 10 MC y 10 controles) edad media 30 (DE: 8,2) años, tiempo medio con migraña 17 (DE: 8,5) años. Encontramos alteraciones en determinados niveles de miRNAs entre los grupos de pacientes estudiados, y con respecto a controles.

**Conclusión:** Este estudio exploratorio demuestra la presencia de patrones específicos de miRNA en pacientes con migraña, lo que sugiere un potencial biomarcador útil en la identificación de patrones específicos asociados a esta enfermedad.

#### 19856. ESTUDIO NUMAMIG: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA SOBRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS MIGRAÑOSOS EN PACIENTES CON CEFALEA NUMULAR

Sierra Mencía, A.; Cadenas Astorga, M.; González Osorio, Y.; Recio García, A.; Guerrero Peral, Á.; García Azorín, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivos:** Evaluar la presencia de características fenotípicas características de migraña en pacientes con CN.

**Material y métodos:** Estudio con diseño de cohorte prospectiva. Pacientes con diagnóstico de CN según la Clasificación Internacional de Cefaleas, sin antecedentes previos de otra cefalea, completaron un diario de cefaleas durante 14 días, en los que sistemáticamente se evaluó el fenotipo del dolor y 35 síntomas acompañantes, antes, durante o después de los episodios de dolor.

**Resultados:** Se evaluaron 51 pacientes, de los cuales 19 cumplieron los criterios de elegibilidad, 15 (78,9%) mujer, edad mediana 62 (rango intercuartílico: 44-79) años y con 24,0 (RIQ: 6,7-36,0) meses de evolución de la CN. Se registraron 291 episodios de cefalea numular, entre los cuales, la duración mediana fue de 10 (RIQ: 6,6-15) horas de dolor al día. Hubo dolor en otra localización en 86 (29,6%) episodios, de los cuales 12 (4,1%) fue en territorio cefálico. El dolor fue pulsátil en 57 (19,6%) episodios, de intensidad moderada-grave en 204 (70,1%) epi-

sodios y empeoró con la actividad física en 75 (25,8%) episodios. Hubo náuseas en 20 (6,9%), vómitos en 7 (2,4%), fotofobia en 69 (23,7%) y fonofobia en 111 (38,1%) episodios.

**Conclusión:** La presencia de síntomas típicos de migraña en pacientes con cefalea numular no fue excepcional y podría sugerir aspectos comunes en la fisiopatología de ambas entidades, lo que podría tener implicaciones terapéuticas.

#### 19715. MARCADORES DE FORMACIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA TRATADOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP: ¿QUÉ PASA TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO?

Pascual Gómez, J.<sup>1</sup>; Haro Herrera, M.<sup>2</sup>; Hernández Hernández, J.<sup>3</sup>; González Quintanilla, V.<sup>1</sup>; Madara Fernández, J.<sup>4</sup>; Olmos, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Universidad de Cantabria; IDIVAL; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla;

<sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Objetivos:** En modelos animales el CGRP inhibe la actividad osteoclástica y estimula la formación ósea. Analizamos la influencia al año del tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP (AM-CGRP) sobre los marcadores de remodelación ósea en pacientes tratados con anti-CGRP por migraña crónica (MC).

**Material y métodos:** Determinamos las concentraciones de P1NP (como marcador de formación ósea) y de CTX (como marcador específico de reabsorción ósea) mediante electroquimioluminiscencia basalmente y a los 12 meses del tratamiento con AM-CGRP. Recogimos variables demográficas, antropométricas y clínicas, excluyéndose aquellos pacientes con osteoporosis.

**Resultados:** Incluimos en el estudio un total de 54 pacientes con MC (83,8% mujeres; edad  $54 \pm 8,4$  años). Los niveles de P1NP al año ( $43,2 \pm 22,6$  ng/mL) fueron significativamente más bajos que al inicio del tratamiento con AM-CGRP ( $47,6 \pm 30,4$ ;  $p = 0,012$ ). Esta diferencia fue especialmente significativa para las mujeres postmenopáusicas ( $n = 23$ ;  $43,5 \pm 19,2$  vs.  $54,6 \pm 22,6$  ng/mL;  $p = 0,0013$ ), pero desapareció en las mujeres premenopáusicas ( $n = 22$ ;  $42,6 \pm 25,5$  vs.  $46,1 \pm 30,9$  ng/mL;  $p = 0,224$ ). Por contra, los niveles de CTX al año de tratamiento ( $0,34 \pm 0,21$  ng/mL) no difirieron de los basales ( $0,41 \pm 0,24$ ;  $p = 0,69$ ).

**Conclusión:** El tratamiento con AM-CGRP se asocia a un descenso significativo del P1NP, especialmente en mujeres posmenopáusicas, compatible con una reducción en la formación ósea, mientras que los niveles estables del CTX indican que no hay cambios en la reabsorción. Estos datos nos obligan a evaluar las repercusiones clínicas del tratamiento con AM-CGRP a largo plazo, fundamentalmente en mujeres postmenopáusicas con factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis.

## Cefaleas II

#### 19803. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE CEFALEA AGUDA Y PERSISTENTE ATRIBUIDA A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Gómez Dabó, L.; Gallardo, V.; Campos Fernández, D.; Rodrigo Gisbert, M.; Iza Achutegui, M.; Alpuente, A.; Torres Ferrús, M.; Caronna, E.; Pozo Rosich, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Describir la cefalea aguda (CA) y persistente (CP) atribuida a hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAA) y analizar los factores asociados a su aparición.