

Navines, M.¹; Galan Cartaña, I.¹; Nos Llopis, C.¹; Comabella López, M.¹; Río Izquierdo, J.¹; Pareto Onghena, D.⁴; Sastre Garriga, J.¹; Sormani, M.²; Rovira Cañellas, A.⁴; Montalbán Gairín, X.¹; Tintoré Subirana, M.¹

¹Cemcat. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Department of Health Sciences. University of Genova; ³Cemcat y Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁴Sección de Neurorradiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La progresión independiente de brotes (PIRA) es el principal mecanismo de acumulación de discapacidad en la esclerosis múltiple (EM), pero solo ha sido definida por la escala EDSS, que no siempre está disponible en la práctica habitual. Evaluar la capacidad de las medidas de resultado informadas/administradas por el paciente (PROM) para predecir la discapacidad concurrente y futura en diferentes dominios clínicos, incluyendo PIRA.

Material y métodos: Incluimos pacientes de la cohorte de primeros ataques desmielinizantes de Barcelona con un diagnóstico de EM (McDonald 2017) que hubieran sido evaluados mediante PROM al menos una vez, incluyendo pruebas de destreza manual, velocidad de marcha y velocidad de procesamiento (MDT, WST y PST); pasos de enfermedad determinados por el paciente (PDDS); y puntuaciones de calidad de vida. Los pacientes también fueron evaluados mediante EDSS.

Resultados: De 1.375 pacientes, 419 cumplieron criterios de inclusión. Durante el período de evaluación de PROM (3 años), el 13% tuvo ≥ 1 PIRA; el 41%, 32% y 17% mostró progresión $\geq 30\%$ en MDT, WST y PST, respectivamente; el 12% progresó mediante PDDS. Una disminución $\geq 30\%$ en MDT o WST se asoció a progresión por EDSS y a empeoramientos subjetivos de la función de la extremidad superior. La progresión por PDDS se asoció a PIRA concurrente. Finalmente, deterioros $\geq 30\%$ en WST o PST se asociaron a progresión por EDSS en el periodo post-PROM.

Conclusión: Los PROM pueden reflejar deterioro clínico en dominios más allá del EDSS y predecir discapacidad futura, sugiriendo su potencial para evaluar la progresión en la práctica clínica.

19691. USO DE ALEMTUZUMAB A LARGO PLAZO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

García Vasco, L.; Gómez Estévez, I.; Alba Suárez, E.; Quezada Sánchez, J.; Oreja Guevara, C.

CSUR Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Analizar la evolución a largo plazo de pacientes tratados con alemtuzumab en una cohorte de EM.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con Alemtuzumab entre enero 2009 y mayo 2023, analizando datos demográficos, tratamientos previos y posteriores, cambios en escala EDSS y datos de seguridad.

Resultados: Se estudiaron 37 pacientes (73% mujeres, edad media 42 años, mediana EDSS 6,0). Cinco pacientes estuvieron incluidos en ensayos clínicos (MS-CARE, EMERALD). El tratamiento previo a alemtuzumab fue: natalizumab (20), fingolimod (9), dimetil fumarato (4), teriflunomida (1) e interferón (1), y 2 pacientes naïve. La mediana de tratamientos previos fue 2 (0-5). La duración media de tratamiento con alemtuzumab fue 7,1 años (2,03-14,25). Ocho pacientes (22%) recibieron un tercer ciclo (mediana 2,15 años tras segundo ciclo [1,11-8,15]). 27 pacientes (73%) siguen sin tratamiento actualmente (mediana 6,9 años [2,03-14,25]), incluyendo 5 pacientes (63%) que recibieron tres ciclos. Ocho pacientes han cambiado a otros tratamientos (2 ocrelizumab, 3 siponimod, 1 rituximab y 2 siponimod/rituximab), de los cuales 3 recibieron un tercer ciclo. Hubo mejoría en escala EDSS (0,5-3,5 puntos) en 10,8% tras dos años, y empeoramiento (0,5-3 puntos) en 24,3% a cuatro años. Aparecieron alteraciones tiroideas en 13 pacientes tras 5 años (35,1%), así como infecciones infrecuentes por *Lysteria monocytogenes* y *Blastocystis hominis*, y un zóster generalizado. Un paciente falleció por infección COVID y otro por sepsis respiratoria.

Conclusión: La mayoría de los pacientes tratados con alemtuzumab siguen sin tratamiento tras 7 años. Solo un quinto recibió un ciclo adicional. Las alteraciones tiroideas fueron los efectos adversos más frecuentes.

20025. PREVALENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTIGLICOPROTEÍNA DE LA MIELINA DEL OLIGODENDROCITO (ANTI-MOG) EN ADULTOS CON UN PRIMER EPISODIO DESMIELINIZANTE SUGESTIVO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Villacieros Álvarez, J.¹; Espejo, C.¹; Arrambide, G.¹; Castillo, M.¹; Carbonell Mirabent, P.¹; Rodríguez, M.¹; Bollo, L.¹; Castilló, J.¹; Comabella, M.¹; Galán, I.¹; Midaglia, L.¹; Mongay Ochoa, N.¹; Nos, C.¹; Río, J.¹; Rodríguez Acevedo, B.¹; Sastre Garriga, J.¹; Tur, C.¹; Vidal Jordana, Á.¹; Vilaseca, A.¹; Zabalza, A.¹; Auger, C.²; Rovira, A.²; Montalbán, X.¹; Tintoré, M.¹; Cobo Calvo, Á.¹

¹Servicio de Neurología. Cemcat. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Vall d'Hebron Institut de Recerca. Universitat Autònoma de Barcelona; ²Sección de Neurorradiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

Objetivos: Aunque los anti-MOG distinguen en su mayoría entre esclerosis múltiple (EM) y enfermedad asociada a MOG (MOGAD), no hay estudios que los analicen en adultos con un primer evento desmielinizante o síndrome clínico aislado (SCA) sugestivo de EM. Nuestros objetivos fueron: 1) evaluar la prevalencia de anti-MOG en el momento del SCA, 2) comparar las características clínicas y paraclínicas entre pacientes seropositivos (anti-MOG+) y seronegativos (anti-MOG-).

Material y métodos: Se incluyeron 630 pacientes con muestras de suero obtenidas durante los primeros 6 meses tras el evento. Los anti-MOG se analizaron con ensayo basado en células vivas. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas, modelos de regresión logística binaria y curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Los anti-MOG fueron positivos en 17/630 (2,7%). 14/17 (82,4%) anti-MOG+ iniciaron con neuritis óptica (NO) vs. 227/613 (37,0%) anti-MOG- ($p = 0,009$). Las bandas oligoclonales (BOC) fueron positivas en 2/16 (12,5%) anti-MOG+ vs. 371/601 (61,7%) anti-MOG- ($p < 0,001$). La RM cerebral basal fue normal en 9/17 (52,9%) vs. 153/585 (26,2%), respectivamente ($p = 0,029$). La NO y las BOC negativas fueron factores de riesgo independientes de positividad de anti-MOG: *odds ratio* 9,03; IC95% 2,04-53,6 ($p = 0,009$), y 4,17; IC95% 1,15-19,8 ($p = 0,042$), respectivamente. Un 22,9% (IC95% 7,9-55,8) de anti-MOG+ vs. 66,4% (IC95% 62,2-70,3) anti-MOG- alcanzaron criterios de McDonald 2017 a los 5 años ($p \log\text{-rank} = 0,003$).

Conclusión: Los anti-MOG son infrecuentes en un primer SCA sugestivo de EM. En base a este estudio, se deberían determinar al inicio en pacientes con NO, BOC negativas y RM sin criterios de EM.

Enfermedades desmielinizantes IV

19960. TERAPIA DE CÉLULAS T CON RECEPTORES QUIMÉRICOS PARA ANTÍGENOS (CAR-T) EN ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS ANTI-MOG (MOGAD), ¿UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA RAZONABLE?

Sepúlveda Gázquez, M.¹; Cabrera Maqueda, J.²; Guasp, M.²; Martínez Hernández, E.²; Llufríu Duran, S.²; Armangué, T.³; Fonseca Pérez, E.³; Calvi, A.¹; Martínez-Cibrian, N.⁴; Ortiz-Maldonado, V.⁴; Ruiz-García, R.⁵; Alcubierre, R.⁶; Alba-Arbalat, S.¹; Delgado, J.⁴; Saiz Hinarejos, A.⁷; Blanco Morgado, Y.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Servicio de Neurología. Hospital Clínic de Barcelona; ³Unidad de Neuroinmunología Clínica. Hospital de Sant Joan de Déu; ⁴Servicio de Hematología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁵Servicio de

Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁶Servicio de Oftalmología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁷Unidad de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: La terapia CAR-T ha emergido como una opción prometedora en trastornos mediados por anticuerpos refractarios a tratamientos convencionales, como el lupus eritematoso sistémico. Se describe paciente con MOGAD refractario, tratado con CAR-T contra CD19.

Material y métodos: Varón de 25 años que debutó con alteración sensitiva, esfinteriana y paraparesia progresiva. Una RM medular mostró lesión torácica extensa, hasta cono, con determinación positiva de anti-MOG en suero por cultivos celulares. El paciente recuperó bien tras bolus de metilprednisolona intravenosa (MTPiv). Cinco meses después, presentó nuevo episodio de mielitis parcial, y se inició rituximab. A lo largo de los siguientes 7 años, y pese a asociar diversas terapias a rituximab (inmunoglobulinas, micofenolato, prednisona) el paciente sufrió 6 nuevos episodios, todos de neuritis óptica. Se propuso terapia CAR-T ante la escasa recuperación del último episodio de neuritis óptica y la positividad persistente para anti-MOG.

Resultados: El paciente recibió acondicionamiento con ciclofosfamida y fludarabina seguido de las células CAR-T en 3 días consecutivos. Las infusiones fueron bien toleradas sin ningún efecto adverso. En el día +29 presentó empeoramiento de agudeza visual (0,16) por su ojo izquierdo, con defecto pupilar aferente. Se administró MPTiv sin mejoría, y posteriormente recambio plasmático. En el momento del brote, los linfocitos B-CD19+ estaban deplecionados, las células CAR-T correctamente expandidas y los anti-MOG eran negativos.

Conclusión: La terapia CAR-T es segura. En nuestro caso, la recurrencia precoz no la descarta como terapia útil en MOGAD, como lo demuestra el hecho que los anti-MOG hayan desaparecido en suero, si bien es necesaria más experiencia de uso.

19387. LA PROGRESIÓN INDEPENDIENTE DE BROTES Y LA ASOCIADA A LOS MISMOS PREDICEN DISCAPACIDAD FUTURA EN MÚLTIPLES DOMINIOS CLÍNICOS

Tur Gómez, C.¹; Carbonell Mirabent, P.¹; Cobo Calvo, A.¹; Otero Romero, S.²; Guio Sánchez, C.¹; Arrambide García, G.¹; Midaglia, L.¹; Castillo Justribo, J.¹; Vidal Jordana, A.¹; Beltrán, J.¹; Mongay Ochoa, N.¹; Vilaseca Jolanch, A.¹; Ariño, H.¹; Zabalza de Torres, A.¹; Bollo, L.¹; Pappolla, A.¹; Arévalo Navines, M.¹; Galan Cartaña, I.¹; Nos Llopis, C.¹; Comabella López, M.¹; Río Izquierdo, J.¹; Pareto Onghena, D.³; Sastre Garriga, J.¹; Rovira Cañellas, A.³; Tintoré Subirana, M.¹; Montalbán Gairín, X.¹

¹Cemcat. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Cemcat y Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ³Sección de Neuroradiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La progresión independiente de brotes (PIRA) y la asociada a los mismos (RAW) predicen una evolución desfavorable a largo plazo en pacientes con esclerosis múltiple (EM) según la escala EDSS, que principalmente mide la capacidad para caminar, desconociéndose su impacto a largo plazo en otros dominios clínicos. Evaluar si presentar PIRA o RAW predice discapacidad futura según medidas de resultados multidimensionales administradas/reportadas por el paciente (PROM).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes de la cohorte de primeros ataques desmielinizantes de Barcelona con un diagnóstico de EM (McDonald 2017) que hubieran sido evaluados mediante PROM al menos una vez. Los pacientes también fueron evaluados mediante EDSS desde su primer ataque desmielinizante y los episodios de PIRA y RAW antes del período de evaluación de PROM fueron registrados.

Resultados: De 1.375 pacientes, 419 cumplieron criterios de inclusión. Durante el período pre-PROM (duración mediana: 12 años), 117 y 179 pacientes tuvieron ≥ 1 PIRA o ≥ 1 RAW, respectivamente. Presentar PIRA o RAW en el período pre-PROM se asoció a una mayor discapacidad motora de extremidades inferiores y un mayor deterioro cognitivo en la primera visita PROM. RAW también se asoció a una mayor disca-

pacidad motora en extremidades superiores. Finalmente, tanto PIRA como RAW se asociaron a estigma, pero solo RAW se asoció a ansiedad, fatiga y trastornos del sueño.

Conclusión: PIRA y RAW se asocian a futura discapacidad cognitiva y motora de extremidades inferiores. Pero RAW se asocia además a discapacidad de extremidades superiores y parece tener un mayor impacto en la calidad de vida.

18897. EVOLUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE DIFUSIÓN DE LAS LESIONES DE EXPANSIÓN LENTA (SEL) EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Calvi, A.¹; Martínez-Heras, E.¹; López-Soley, E.¹; Elisabeth, S.¹; Francisc, V.¹; Alba-Arbalat, S.¹; Sepúlveda, M.¹; Cabrera-Maqueda, J.¹; Fonseca, E.²; Kanber, B.³; Prados Carrasco, F.⁴; Saiz, A.¹; Blanco, Y.¹; Llufríu Duran, S.¹

¹Unidad de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Unidad de Neuroinmunología Clínica. Sant Joan de Déu-Numancia; ³Centre for Medical Image Computing (CMIC). Department of Medical Physics and Biomedical Engineering. University College London (UCL); ⁴e-Health Centre. Universitat Oberta de Catalunya.

Objetivos: En la esclerosis múltiple (EM), la progresión parece relacionarse con la presencia de lesiones crónicas activas, identificadas como lesiones de expansión lenta (*Slowly Expanding Lesions*, SEL) mediante resonancia magnética (RM). El objetivo es caracterizar la presencia y evolución del daño microestructural de las SEL a través de imágenes del tensor de difusión (DTI).

Material y métodos: Estudiamos longitudinalmente 130 pacientes con EM con imágenes T1 y DTI en 3 tiempos. Realizamos análisis de deformación para extraer SEL y lesiones no-SEL, y evaluamos los cambios de anisotropía fraccional (FA), difusividad axial, media y radial (AD, MD, RD) dentro de las lesiones con modelos mixtos. Calculamos el porcentaje de cambio de volumen cerebral (PCVC) entre la exploración basal y final, y su asociación con otras variables (correlación de Pearson).

Resultados: 118 (90%) pacientes tenían fenotipo recidivante, con una mediana de edad de 41,5 años [34,6-49,2], duración de la enfermedad de 6,8 años [2,8-13,5], EDSS basal de 1,5 [1,0-2,0], y tiempo entre RM de 2 años [1,1-2,1]. Encontramos un recuento mediano de 11 SEL [5-17] y 19 no-SEL [10,25-31] por paciente. Las SEL tenían los valores de FA basal y final más bajos y de AD-MD-RD más altos ($p < 0,001$) con mayores cambios en FA (beta -0,002, IC95% -0,003-0,001; $p < 0,001$). El PCVC se correlacionó con la FA media de las SEL ($r = 0,32$, $p < 0,001$) pero no con las no-SEL ($r = 0,10$, $p = 0,275$).

Conclusión: Las SEL presentan un mayor daño tisular microestructural evaluado mediante DTI, y presencia se asocia a una mayor atrofia cerebral.

18900. COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE CADENAS LIGERAS LIBRES KAPPA Y LAS BANDAS OLIGOCLONALES EN UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Monreal Laguillo, E.¹; Fernández Velasco, J.²; García Soidán, A.²; Sainz de la Maza Cantero, S.¹; Espiño, M.²; Villarrubia, N.²; Chico García, J.¹; Rodríguez Jorge, F.¹; Sainz Amo, R.¹; Masjuan Vallejo, J.¹; Costa-Frossard França, L.¹; Villar Guimerans, L.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Estudiar el mejor abordaje diagnóstico de la esclerosis múltiple (EM) utilizando dos métodos de estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR): las bandas oligoclonales de IgG (BOCG), el *gold estándar*, y el índice de cadenas ligeras libres kappa (CLLK), una técnica automatizada y más rápida. El objetivo fue desarrollar un algoritmo diagnóstico en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA).

Material y métodos: Estudio observacional unicéntrico incluyendo pacientes con un SCA seguidos > 2 años. Las BOCG fueron estudiadas con isoelectroenfoque y Western blot y el índice de CLLK con turbidimetría. Se calculó la sensibilidad, especificidad y precisión de cada método.

Resultados: Se incluyeron 371 pacientes: 260 (70,1%) mujeres, con una mediana (rango intercuartílico) de 34,9 (27,8-43,9) años. La sensibilidad y especificidad del índice CLLK utilizando el punto de corte de 6,1 fue de 83,6% y 95,1%, respectivamente. La especificidad de las BOCG fue similar (100%), pero la sensibilidad fue mayor (94,2%, $p < 0,001$). La concordancia entre los métodos fue del 97,8% entre las BOCG y un índice CLLK $\geq 6,1$, pero del 58,1% en pacientes con índice CLLK $< 6,1$. En este sentido, las BOCG detectaron un 72,2% de pacientes con EM con un índice CLLK $< 6,1$. Un algoritmo combinando el índice CLLK como cribado y las BOCG como alternativa en pacientes con un resultado negativo en el índice CLLK obtuvo una precisión del 95,4%.

Conclusión: La combinación del índice CLLK y las BOCG permite un diagnóstico preciso y más automático de la EM, utilizando el índice CLLK inicialmente y las BOCG para casos negativos.

18905. BIOMARCADORES BASALES PREDICTORES DEL EMPEORAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO

Monreal Laguillo, E.¹; Fernández Velasco, J.²; Sainz de la Maza Cantero, S.¹; Villarrubia, N.²; Espiño, M.²; Rodríguez Jorge, F.¹; Chico García, J.¹; Sainz Amo, R.¹; Masjuan Vallejo, J.¹; Costa-Frossard França, L.¹; Villar Guimerans, L.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Analizar el impacto de los distintos factores clínicos, radiológicos y de biomarcadores basales en el empeoramiento de la discapacidad asociada o independiente de brote (RAW o PIRA respectivamente, por sus siglas en inglés) y en el riesgo de EDSS 3 en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA).

Material y métodos: Estudio prospectivo incluyendo pacientes con un SCA con estudio de líquido cefalorraquídeo y suero obtenidos entre 1-12 meses desde el primer brote. Se utilizaron modelos de regresiones de Cox multivariante.

Resultados: Se incluyeron 274 pacientes: 188 (68,6%) mujeres, con una mediana (rango intercuartílico) de edad inicial de 34,9 (27,7-43,2) años. Las bandas oligoclonales IgM lipido-específicas (BOCMLE) se asociaron a un mayor riesgo de RAW (HR 4,93, IC95% 1,97-12,3; $p = 0,001$), mientras que una mayor proporción de tiempo con tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), especialmente de alta eficacia (TME-AE), redujo el riesgo. El riesgo de PIRA fue mayor en pacientes con mayor edad al primer brote (HR 1,04, IC95% 1,00-1,07; $p = 0,04$) y con neurofilamentos de cadena ligera en suero (NFLCs) > 10 pg/ml (HR 2,93, IC95% 1,37-6,26; $p = 0,006$). Los TME no redujeron el riesgo de PIRA. Múltiples variables se asociaron a un mayor riesgo de EDSS 3: un primer brote medular o multifocal, un EDSS basal mayor, las BOCMLE y los NFLCs > 10 pg/ml. Los TME y los TME-AE redujeron el riesgo de EDSS 3. **Conclusión:** Biomarcadores como las BOCMLE o los NFLCs basales pueden identificar pacientes en riesgo de una EM agresiva, candidatos a TME-AE precozmente.

19323. LESIÓN REVERSIBLE EN EL ESPLenio DEL CUERPO CALLOSO ASOCIADA A MULTINEUROPATÍA Y POLIRRADICULOPATÍA AGUDA PARAINFECCIOSA

Massons García, M.; Cabrera, J.; Girona, A.; García Ortega, A.; Martínez Hernández, E.; Llufríu Duran, S.; Guasp, M.; Blanco Morgado, Y.; Díez Porras, L.; Navarro, J.; Calvi, A.; Sepúlveda, M.; Fonseca, E.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: Reportar la asociación hasta ahora no descrita de multineuropatía craneal y polirradiculopatía aguda y lesión reversible en el esplenio del cuerpo calloso (RESLES) en un paciente sin encefalopatía (MERS).

Material y métodos: Varón de 26 años consulta por síndrome gripal, paresia facial periférica y síndrome de cauda equina en 24 h.

Resultados: En la exploración presenta una paresia facial periférica izquierda, diplopía sin oftalmoparesia, hipoestesia en planta de los pies e incontinencia de esfínter urinario con arreflexia global. PCR nasofaríngea positiva para virus Influenza B. Citobioquímica del LCR normal, BOC negativas. Ac antigangliósidos, MOG, GFAP y onconeuronales en suero negativos. La RM cerebral muestra una lesión en el esplenio del cuerpo calloso hiperintensa en T2 y DWI que restringe en ADC sin captación de contraste (MERS tipo I); y la RM medular muestra captación de contraste a nivel de la cola de caballo; y en el EMG se observa una disminución de los potenciales sensitivos de extremidades inferiores y ondas H abolidas. Se inicia tratamiento únicamente con oseltamivir y en los días sucesivos el paciente presenta remisión del síndrome gripal y recuperación neurorradiológica completa.

Conclusión: Las RESLES pueden presentarse sin encefalopatía asociada a multineuropatía y polirradiculopatía de probable causa parainfecciosa. Este caso de síndrome inflamatorio de afectación central y periférica amplía el espectro de manifestaciones asociadas a RESLES. La presentación radiológica simultánea sugiere una fisiopatología común que podría ayudar a comprender mejor estos fenómenos.

19017. NIVELES DE PROTEÍNA ÁCIDA GLIAL FIBRILAR Y NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA COMO PREDICTORES DE RESPUESTA EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON OCRELIZUMAB

Rodríguez Jorge, F.¹; Fernández Velasco, J.²; Villarrubia, N.²; Gracia Gil, J.³; Fernández Díaz, E.³; Bau, L.⁴; Martínez Yélamos, S.⁴; Meca Lallana, V.⁵; Díaz Pérez, C.⁵; Meca Lallana, J.⁶; Díaz, S.⁷; Eguía, P.⁷; Sainz de la Maza, S.¹; Pacheco, E.⁸; Monreal, E.¹; Borrega, L.⁹; Chico García, J.¹; López Real, A.¹⁰; Sainz Amo, R.¹; Barrero, F.¹¹; Martínez Ginés, M.¹²; de la Fuente, S.¹³; Moreno, I.¹³; Mañé Martínez, M.¹⁴; Caminero, A.¹⁵; Gómez López, A.¹⁶; Labiano Fontcuberta, A.¹⁶; Castellanos, F.¹⁷; Ayuso Peralta, L.¹⁸; Abreu, R.¹⁹; Martín Aguilar, L.²⁰; Querol, L.²⁰; Masjuan, J.¹; Costa-Frossard, L.¹; Villar Guimerans, L.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal; ³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; ⁸Servicio de Neurología. Hospital General Juan Ramón Jiménez; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ¹⁰Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; ¹²Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ¹³Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; ¹⁵Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Ávila; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ¹⁷Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Puerto; ¹⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ¹⁹Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; ²⁰Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: La utilidad de los niveles séricos de neurofilamentos de cadena ligera (NfL) y proteína ácida glial fibrilar (GFAP) para predecir la respuesta terapéutica en pacientes con esclerosis múltiple recidivante (EMR) tratados con ocrelizumab aún no ha sido claramente establecida.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal multicéntrico donde se incluyeron 91 pacientes con EMR (58 mujeres [63%], con edad

(media \pm DE) de 41.2 ± 10 años que iniciaron ocrelizumab en 18 hospitales en España desde febrero de 2020 a marzo de 2022. Veinticuatro pacientes (26,4%) fueron naïve y 67 (73,6%) procedían de otros tratamientos modificadores de enfermedad debido a falta de eficacia o razones de seguridad.

Resultados: Al año de tratamiento con ocrelizumab, 63 pacientes (69,2%) alcanzaron NEDA-3 (grupo A), 19 pacientes (20,9%) tuvieron actividad clínica y/o radiológica (grupo B) y 9 pacientes (9,9%) tuvieron progresión confirmada de la discapacidad sin actividad inflamatoria (grupo C). Los niveles séricos basales de NfL fueron mayores en el grupo B comparados con los grupos A y C ($p = 0,0007$) y los niveles séricos de GFAP fueron mayores en los grupos B y C comparados con el grupo A ($p = 0,046$). Después de un año del inicio de ocrelizumab, los niveles séricos de NfL y GFAP disminuyeron en los grupos A ($p = 0,0028$ y $p = 0,0000007$, respectivamente) y B ($p = 0,00008$ y $p = 0,0023$, respectivamente). No se apreciaron cambios significativos en los pacientes del grupo C.

Conclusión: La combinación de los niveles séricos de GFAP y NfL pueden ayudarnos a identificar a pacientes con una respuesta óptima al tratamiento con ocrelizumab.

19373. SPIDER MS. UNA PREDICCIÓN POLIÉDRICA INDIVIDUALIZADA DEL PRONÓSTICO DE LA EM

Tintoré Subirana, M.¹; Carbonell Mirabent, P.¹; Tur Gómez, C.¹; Cobo Calvo, A.¹; Otero Romero, S.²; Arrambide García, G.¹; Ariño Rodríguez, H.¹; Auger, C.³; Villaceros Álvarez, J.¹; Bollo, L.¹; Castillo Justribo, J.¹; Comabella López, M.¹; Espejo Ruiz, C.¹; Fernández, V.¹; Guío Sánchez, C.¹; Galan Cartaña, I.¹; Lapuma, D.¹; Midaglia, L.¹; Mongay Ochoa, N.¹; Vilaseca Jolonch, A.¹; Carvajal Junco, R.¹; Arévalo Navines, M.¹; Nos Llopis, C.¹; Pappolla, A.¹; Río Izquierdo, J.¹; Rodríguez Acevedo, B.¹; Zabalza de Torres, A.¹; Vidal Jordana, A.¹; Pareto Onghena, D.¹; Sastre Garriga, J.¹; Rovira Cañellas, A.²; Montalbán Gairín, X.¹

¹Cemcat. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Cemcat y Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ³Sección de Neuroradiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Estimar el riesgo personalizado a diez años de ocho hitos de la EM.

Material y métodos: Incluimos pacientes con un primer ataque de la cohorte de Barcelona y estimamos el riesgo individualizado a diez años de ocho eventos: McDonald 2017, segundo brote, nuevas lesiones T2 > 5 lesiones/año, empeoramiento asociado al brote (RAW) después del primer ataque o en brotes posteriores, primera progresión independiente de la actividad de brotes (PIRA), acumulación de discapacidad confirmada y sostenida (CSDA) y EDSS 3,0 confirmado y sostenido. Se construyeron quinientos modelos *bootstrap* Weibull para cada evento considerando: sexo, edad y topografía del primer ataque, número de lesiones cerebrales, lesiones infratentoriales, lesiones en médula (SC), lesiones realizadas con contraste (CEL) en cerebro y SC, bandas oligoclonales y porcentaje de tiempo de exposición al tratamiento antes del evento. Se calcularon los Harrell C (HC). Se diseñó un gráfico de radar (también araña) para cada paciente mostrando los ocho riesgos personalizados frente a la mediana de riesgos de la cohorte.

Resultados: Se incluyeron 1.180 pacientes. Las lesiones cerebrales y CEL fueron factores de riesgo para todos los eventos, así como las lesiones SC exceptuando éste para RAW en recaídas posteriores al primer ataque y EDSS 3.0. Estar expuesto al tratamiento se asoció protectoramente con todos los eventos excepto para PIRA. Los HC oscilaron entre 0,63 y 0,86.

Conclusión: Este estudio representa un paso más en nuestro camino para desarrollar una herramienta de pronóstico individualizada. Nuestro estudio confirma que la exposición a los tratamientos se asocia con un riesgo reducido en eventos clave.

19380. LOS NIVELES DE NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA NO REFLEJAN INFLAMACIÓN AISLADA DE LA MÉDULA ESPINAL EN PACIENTES CON SÍNDROMES CLÍNICAMENTE AISLADOS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Fernández, V.¹; Rodríguez Barranco, M.¹; Castillo Juárez, M.¹; Gutiérrez, L.¹; Fissolo, N.¹; Carbonell Mirabent, P.¹; Ariño Rodríguez, H.¹; Auger, C.²; Bollo, L.¹; Castillo Justribo, J.¹; Cobo Calvo, A.¹; Comabella López, M.¹; Espejo Ruiz, C.¹; Galan Cartaña, I.¹; Guío Sánchez, C.¹; Lapuma, D.¹; Midaglia, L.¹; Mongay Ochoa, N.¹; Nos Llopis, C.¹; Otero Romero, S.²; Pappolla, A.¹; Río Izquierdo, J.¹; Rodríguez Acevedo, B.¹; Sastre Garriga, J.¹; Tagliani, P.¹; Tur Gómez, C.¹; Vidal Jordana, A.¹; Vilaseca Jolonch, A.¹; Villaceros Álvarez, J.¹; Zabalza de Torres, A.¹; Rovira Cañellas, A.¹; Montalbán Gairín, X.¹; Tintoré Subirana, M.¹; Arrambide, G.¹

¹Cemcat. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Cemcat y Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la asociación entre lesiones en médula espinal (ME) y valores-z de neurofilamentos de cadena ligera en suero (sNfL-z) en pacientes con síndromes clínicos aislados (SCA) sugestivos de esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Cohorte de pacientes con SCA con RM cerebromedular basal a 2,8 (DE = 1,7) meses y sNfL-z a 2,1 (1,5) meses del SCA (n = 376). Se exploraron las asociaciones entre medias de sNfL-z y topografía/número de lesiones en T2/STIR y lesiones realizadas con contraste (LC).

Resultados: sNfL-z aumentó en lesiones cerebrales en T2: 1,03 (1,60) para 1-3 (n = 50) lesiones, 1,78 (1,30) para 4-8 (n = 48) y 1,99 (1,39) para ≥ 9 (n = 158), versus 0,45 (1,43) para 0 (n = 120) ($p = 0,097$, $< 0,001$, $< 0,001$). sNfL-z aumentó con 1-3 y > 3 lesiones en ME (1,62 [1,49] y 1,90 [1,43]) versus 0 lesiones ME (1,16 [1,59], $p = 0,05$ y $p = 0,016$), aunque estas diferencias no fueron significativas en pacientes sin lesiones cerebrales (n = 13): (0,23 [1,15] 1-3 ME versus 0,46 [1,46] 0 ME, $p = 0,59$; 1 caso con > 3 lesiones aisladas en ME, sNfL-z = 2,65). sNfL-z fue significativamente mayor en pacientes con LC cerebrales (2,47 [1,29] versus 0 LC [1,18 (1,43)], $p < 0,001$), pero no en LC medulares (1,80 versus 1,47, $p = 0,23$), ni en ausencia de LC cerebrales (1,46 vs. 1,10, $p = 0,24$) ni en aquellos con sNfL-z/RM hechos en los primeros 4 meses tras el SCA (1,89 vs. 1,69; $p = 0,558$). **Conclusión:** Los valores-z de sNfL se asocian con una mayor carga de lesiones cerebrales en T2 y LC basales, pero no con actividad inflamatoria aislada en la médula espinal.

19578. INCREMENTANDO EL ROL DE LOS BIOMARCADORES EN EL DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Tortosa Carreres, J.¹; Quiroga Varela, A.²; Piqueras Rodríguez, M.¹; Castillo Villalba, J.³; Cubas Núñez, L.³; Gasqué Rubio, R.³; Carratalà Boscà, S.³; Laiz Marro, B.¹; Casanova Estruch, B.⁴

¹Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ³Servicio de Neuroinmunología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: Evaluar el rendimiento de los índices de cadenas ligeras kappa (INDIK), de Link-Tibbling (Link), la fórmula de Reiber (Reiber) y su combinación para predecir síntesis intratecal de IgG (SIT) y valorar la posible sustitución de las bandas oligoclonales (BOC) en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Se analizaron muestras de pacientes con EM y síndrome clínico aislado (CIS) (casos) y otras patologías neurológicas (controles). Los niveles de albúmina e IgG en suero y LCR se cuantificaron mediante nefelometría, y las cadenas ligeras por turbidimetría. Link se expresó como la razón entre los cocientes en LCR y suero de

IgG y albúmina (Qalb); INDIK como el cociente cadenas ligeras LCR/ suero y Qalb. Reiber se determinó mediante el *software* CSF Research Tool®. Y las BOC empleando isoelectroenfoque-immunoblotting. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP), negativo (VPN) y precisión (A) para los parámetros mencionados y diferentes algoritmos creados a partir de todos ellos. El análisis estadístico se efectuó con RStudio (versión 4.2.2).

Resultados: Se incluyeron 99 casos (92 EMRR y 7 CIS) y 47 controles. El mejor rendimiento fue mostrado por un algoritmo llamado IRB (S = 87%, E = 89%, VPP = 95%, VPN = 78% y A = 88%). Basado en considerar SIT un resultado de INDIK > 10,7 o Reiber positivo; asimismo, los valores de INDIK entre 4 y 10,7 con BOC positivas también se consideraron SIT. El consumo de BOC solo hubiese sido necesario en un 12% de muestras.

Conclusión: Los resultados obtenidos reflejan la capacidad de IRB de predecir SIT con mayor precisión reduciéndose el consumo de BOC.

18967. IMPACTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TEMPRANA EN LA VIDA DE LOS PACIENTES

Sainz de la Maza Cantero, S.¹; Gómez Ballesteros, R.²; Borges Guerra, M.³; Martín Martínez, J.⁴; Sotoca Fernández, J.⁵; Alonso Torres, A.⁶; Caminero Rodríguez, A.⁷; Borrega Canelo, L.⁸; Sánchez Menoyo, J.⁹; Barrero Hernández, F.¹⁰; Calles Hernández, C.¹¹; Brieva Ruiz, L.¹²; Blasco Quilez, M.¹³; Dotor García-Soto, J.³; Rodríguez Regal, A.¹⁴; Navarro Cantó, L.¹⁵; Agüera Morales, E.¹⁶; Garcés Redondo, M.¹⁷; Carmona Codina, O.¹⁸; Gabaldón Torres, L.¹⁹; Forero Díaz, L.²⁰; Hervás Pujol, M.²¹; Mauriño, J.²; Castillo Triviño, T.²²

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Departamento Médico. Roche Farma; ³Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Ávila; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ¹³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ¹⁴Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra; ¹⁵Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; ¹⁷Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ¹⁸Servicio de Neurología. Fundació Salut Empordà; ¹⁹Servicio de Neurología. Hospital Francisc de Borja de Gandía; ²⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; ²¹Servicio de Neurología. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí; ²²Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

Objetivos: La esclerosis múltiple se diagnostica principalmente en adultos jóvenes, teniendo importantes consecuencias para su vida futura. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en la vida de los pacientes en etapas tempranas de la enfermedad.

Material y métodos: MS-ONSET fue un estudio transversal no intervencionista en 21 centros españoles que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de EMRR, duración de la enfermedad ≤ 3 años y puntuación EDSS entre 0-5,5. Se utilizaron diferentes cuestionarios para evaluar el impacto.

Resultados: Se incluyeron un total de 189 pacientes [edad media (DE): 36,1 ± 9,4 años, 71,4% mujeres, duración media de la enfermedad: 1,4 ± 0,8 años, mediana EDSS (IQR): 1,0 (0-2)]. La calidad de vida psicológica tenía mayor impacto que la física. Un 56,6% de los pacientes percibía estigma, un 24,9% eran casos probables de ansiedad y un 43,1% (n = 81/188) presentaba afectación cognitiva. El 40,8% (n = 53/130) de los pacientes con empleo reportó absentismo laboral en los últimos 3 meses. Un 68,5% (n = 126/184) de los pacientes nunca había hablado del pronóstico a largo plazo con su neurólogo y el 45,5%

pensaba que los factores psicológicos eran los causantes de su enfermedad. Un 65,5% tenía desesperanza moderada-grave y el 36,5% tenía una percepción de amenaza de la enfermedad moderada-alta. Varios factores fueron asociados a estos resultados.

Conclusión: La EMRR afecta a distintas dimensiones de la vida de los pacientes incluso en etapas tempranas, destacando la afectación psicológica. Evaluar el impacto de la enfermedad puede ayudar a mejorar el cuidado de los pacientes y su bienestar.

19288. DECISIÓN TERAPÉUTICA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Meca Lallana, J.¹; Díaz Pérez, C.²; Hellín Gil, F.³; Millán Pascual, J.¹; Valero López, G.⁴; Iniesta Martínez, F.⁴; España Do Santos, C.³; Jiménez Veiga, J.³; Carles Dies, R.³; Ibáñez Gabarrón, L.⁵; Arnaldos Illán, P.⁵; Guirro Caupena, R.³; Aguirre Hernández, C.²; Meca Lallana, V.²; Meca Botella, J.⁶

¹Unidad de Neuroinmunología Clínica. Servicio de Neurología. Cátedra NICEM. UCAM. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Unidad de Neuroinmunología Clínica. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ³Unidad de Neuroinmunología Clínica. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁴Unidad de Neuroinmunología Clínica. Servicio de Neurología. Cátedra NICEM. UCAM. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁶Facultad de Medicina. Universidad Católica San Antonio. UCAM.

Objetivos: Analizar el grado de participación de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) en la decisión terapéutica y los diferentes factores que influyen en ella.

Material y métodos: Estudio unicéntrico entre noviembre de 2022 y marzo de 2023 en el que se analizó la participación del paciente en la decisión terapéutica aplicando la escala CPS ("Control Preference Scale") al iniciar un tratamiento modificador de la enfermedad (TME) y la influencia de las variables: edad, sexo, estatus laboral, nivel educativo, fenotipo, tiempo evolución EM, grado de discapacidad (EDSS) y TME (primer fármaco/cambio, vía de administración y eficacia).

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes (67,3% mujeres), edad media: 39,5 años, duración media EM: 8,7 años, EDSS media: 2,05. El 41% de los pacientes adoptó un rol pasivo (delegaron la decisión de TME en el médico), un 33% rol colaborador (decisión compartida) y un 25% rol activo (TME decisión del paciente). El rol pasivo se asoció (p < 0,05) con presentar mayor edad, EDSS y con el grado de eficacia del TME (el 46% inició TME de alta eficacia y el 36% muy alta eficacia). El rol colaborador se asoció (p < 0,05) con el grado de eficacia del TME (el 58% inició muy alta eficacia). El rol activo se asoció a menor edad y EDSS (p < 0,05) pero no a la eficacia del TME. No se encontró asociación entre el rol adoptado y el resto de variables estudiadas.

Conclusión: En nuestro ámbito la mayoría de pacientes optó por delegar la decisión terapéutica en el médico principalmente en relación con TME de alta eficacia.

19206. EFICACIA A LARGO PLAZO DE ALEMTUZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO EN PRÁCTICA CLÍNICA MULTICÉNTRICO

Rubio Alcantud, A.¹; Costa-Frossard França, L.²; Valero López, G.³; Alcalá Vicente, C.⁴; García Domínguez, J.⁵; Gascón, F.⁶; Navarro Cantó, L.⁷; Aguirre, C.⁸; Brieva Ruiz, L.⁹; Álvarez Bravo, G.¹⁰; Fernández Díaz, E.¹¹; Valenzuela Rojas, F.¹²; Mallada, J.¹³; Castillo Triviño, T.¹⁴; Berenguer, L.¹⁵; Sabín Muñoz, J.¹⁶; Álvarez de Arcaya Esquide, A.¹⁷; Carcelén Gadea, M.¹⁸; Landete, L.¹⁹; Villaverde, R.²⁰; Monreal, E.²; Meca Lallana, J.³; Eichau, S.²¹; Martínez Ginés, M.⁵; Meca Lallana, V.⁸; Gil, A.⁹; Puig Casadevall, M.¹⁰; Palao Rico, M.¹¹; Blasco Quilez, R.¹⁶; Ramíó Torretà, L.¹⁰; Quintanilla Bordas, C.¹⁸; Casanova Estruch, B.⁴

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Hospital Vega Baja, Orihuela.; ²Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ⁵Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; ⁷Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ¹¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; ¹³Servicio de Neurología. Hospital General de Elda-Virgen de la Salud; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; ¹⁵Servicio de Neurología. Hospital de la Marina Baixa; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ¹⁷Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; ¹⁸Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; ¹⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset; ²⁰Servicio de Neurología. Hospital J.M. Morales Meseguer; ²¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

Objetivos: Investigar eficacia/seguridad de alemtuzumab en una gran cohorte de pacientes con esclerosis múltiple (EM) seguidos durante cinco años.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de eficacia/seguridad de alemtuzumab en pacientes con EM de 22 hospitales españoles. La eficacia se midió mediante: tasa anualizada de brotes (ARR), empeoramiento de EDSS confirmado a 6 meses (CPD), nuevas lesiones T2 o lesiones captantes de gadolinio (GEL), estado sin evidencia de actividad (NEDA-3), progresión independiente de brotes (PIRA), empeoramiento asociado a brotes (RAW) y conversión a EM secundaria progresiva (EMSP). Los efectos secundarios se registraron en una lista semiestructurada.

Resultados: De 391 pacientes tratados, 371 fueron seguidos durante al menos dos años, (tiempo medio: 5,1 años). El 73% eran mujeres, el 93,1% subtipo RR. La edad media fue 37,6. La media en la EDSS 3,2. El 66% permanecieron libres de brotes, el 80,9% libres de progresión a 6 meses y el 71,4% libre de actividad radiológica. 47,2% mantuvieron la condición NEDA-3. 19,1% experimentaron empeoramiento de discapacidad confirmada a 6 meses, 50 por PIRA y 21 por RAW. El 11,1% de los pacientes EMRR convirtieron a EMSP. La ARR disminuye de 1,22 a 0,12 durante el primer año y a 0,08, 0,15, 0,16 y 0,18 en los 5 años. 76 pacientes precisaron cambio de tratamiento (20,4%). 86,5% presentaron síntomas infusionales leves, 47,8% infecciones, 38% tiroiditis autoinmune y 4,5% citopenias.

Conclusión: Se trata del estudio en práctica clínica real con mayor número de pacientes con EM tratados con alemtuzumab. Alemtuzumab es altamente efectivo a largo plazo, con un perfil de efectos secundarios similar a los estudios pivotales.

Enfermedades neuromusculares I

19805. AMILOIDOSIS POR MUTACIÓN VAL50MET EN EL GEN DE LA TRANSTIRETINA. COMARCAS DE ALTA PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Pamblanco Bataller, Y.¹; Izquierdo García, E.²; Sivera Mascaró, R.³; García Escrivà, A.⁴; Olivera González, S.⁵; Alania Torres, E.⁵; Salas Felipe, J.¹; Gabaldón Torres, L.¹; Boscá Blasco, M.¹; Sevilla Mantecón, T.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Francesc de Borja de Gandia;

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja de Gandia;

³Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

⁴Servicio de Neurología. Hospital de Denia; ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Denia.

Objetivos: Las comarcas de La Safor y La Marina son zonas de prevalencia alta de amiloidosis familiar por mutación Val50Met en el gen de la transtiretina (ATTRv). Presentamos una serie de pacientes procedentes de estas comarcas.

Material y métodos: Serie de 38 pacientes de las comarcas de La Safor y La Marina, 12 casos índice afectados de ATTRv y 26 portadores de la mutación. Describimos características clínicas, demográficas y tratamientos empleados en los casos que han desarrollado neuropatía.

Resultados: La edad media al inicio de los síntomas fue 68 años. Historia familiar positiva en el 82%. Predominio de sexo masculino. Las manifestaciones clínicas al inicio fueron neuropatía periférica longitud-dependiente (100%), disautonomía (45%) y pérdida de peso (13%). Presentaron manifestaciones cardíacas en la evolución el 50%, miocardiopatía hipertrófica en su mayoría, un caso de miocardiopatía restrictiva, y un caso flutter auricular. Un paciente asocia afectación ocular grave por depósito de amiloide. Se inició tratamiento con tafamidis en estadio I de Coutinho de la neuropatía en el 75%. Hubo que cambiar a patisiran por progresión clínica en el 67% y a inotersén en el 13%. En un caso no se inició tratamiento. Tres pacientes han fallecido a lo largo de la evolución, uno por progresión de la enfermedad, el segundo por complicaciones cardíacas y el tercero por proceso séptico.

Conclusión: En nuestra serie, la edad de inicio es más tardía que en zonas endémicas y la forma de presentación más frecuente es la neuropatía de fibra fina con disautonomía y manifestaciones cardíacas en la mitad.

19806. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA A TRATAMIENTO DE LAS VARIANTES ASIMÉTRICA Y DISTAL DE CIDP

López Diego, V.; Llauredó Gayete, A.; Sánchez Tejerina, D.; Sotoca, J.; Alemañ Diez, J.; Restrepo Vera, J.; Juntas Morales, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Las variantes asimétrica (MADSAM) y distal (DADS) de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC) presentan características clínicas y electrodiagnósticas específicas. Existen pocos datos en la literatura que definan las características diferenciadoras de estos subgrupos de pacientes. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de estas dos variantes en nuestra cohorte de pacientes y compararlas con la PDIC típica (PIDC-t).

Material y métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y analítico en el cual se incluyeron pacientes que cumplieran los criterios de la PIDC-t o una de sus variantes (MADSAM o DADS) propuestos por la EFNS/PNS 2021. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, de exploraciones complementarias y de respuesta al tratamiento. Se excluyeron pacientes con neuropatía anti-MAG y aquellos con sospecha de diagnóstico alternativo.

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes con diagnóstico de CIDP: 22 con PIDC-t, 13 con MADSAM y 6 con DADS. Los pacientes con PIDC-t presentaron mayor hiperproteínoorraquia en comparación con los pacientes con MADSAM (124 vs. 45; p = 0,001). Se observó una tendencia a una mayor asociación con paraproteinemias en pacientes DADS en comparación con los pacientes con PIDC-t (22,2 vs. 66,7%; p = 0,129). En cuanto a respuesta a tratamiento, tanto los pacientes MADSAM como los DADS requirieron dosis más altas de tratamiento con inmunoglobulinas (0,82 mg/dl vs. 1,4 mg/dl; p = 0,005 y 0,82 mg/dl vs. 1,7 mg/dl, p 0,039, respectivamente).

Conclusión: Se resaltan las características diferenciadoras de las variantes MADSAM y DADS de la PDIC, lo que sugiere una fisiopatología y necesidad de un enfoque diagnóstico-terapéutico específico.