

Cefaleas P1

19871. INFLUENCEF: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO SOBRE EL FENOTIPO CLÍNICO Y LA DURACIÓN DEL DOLOR DE CABEZA ASOCIADO CON LA INFECCIÓN POR INFLUENZA

Santana López, L.¹; Lozano Alonso, J.²; Ordax Díez, A.³; Sanz Muñoz, I.⁴; González Osorio, Y.⁵; Rojo Rello, S.⁶; Sánchez Martínez, J.⁴; Sierra Mencia, Á.⁵; Recio García, A.⁵; Guerrero Peral, Á.¹; García Azorín, D.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid;

²Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla y León; ³Consejería de Sanidad de Castilla y León; ⁴Centro Nacional de Gripe. Hospital Clínico Universitario de Valladolid;

⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁶Servicio de

Microbiología e Inmunología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Caracterizar el fenotipo clínico y la duración del dolor de cabeza experimentado durante el curso de la infección por influenza.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo. La población de estudio incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de infección por virus influenza. Se administró un cuestionario para evaluar el fenotipo clínico y se hizo seguimiento prospectivo de la duración de la cefalea.

Resultados: Se evaluaron 103 pacientes y 75 fueron elegibles, 56% varones, de 43 años (15,9 DE), 27% con cefalea previa. La cefalea comenzó dentro de las primeras 24 horas en el 68%. La mediana de duración de la cefalea fue de 96 [RIC: 48-144] horas y duró 10 o menos días en el 89%. La cefalea fue bilateral (52%), localizada en la región frontal (48%) o temporal (39%). La cualidad fue opresiva (61%) o punzante en (21%). La mediana de la intensidad de la cefalea fue de 7 [RIC: 6-8]. Los pacientes asociaron fotofobia (59%), fonofobia (51%), osmofobia (11%), náuseas (36%), vómitos (13%) y empeoramiento con la actividad física (83%).

Conclusión: El fenotipo clínico fue similar a otras infecciones sistémicas, generalmente autolimitada y de < 10 días de duración.

19189. CAMBIO DE PATRÓN DE CEFALEA TIPO RACIMO Y APARICIÓN DE ACÚFENO UNILATERAL DEBIDO A UNA FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA POR TROMBOSIS DE SEÑO PETROSO INFERIOR

Jiménez Ureña, K.¹; Córdoba Infantes, M.¹; Aguilera Navarro, J.¹; Páramo Camino, M.¹; Fernández Recio, M.¹; Rodríguez Sánchez, C.¹; Guerrero Carmona, N.¹; Pinedo Córdoba, J.¹; Fernández Moreno, M.¹

Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme.

Objetivos: La cefalea en racimo es una cefalea primaria definida por unos criterios diagnósticos sin patología estructural subyacente. Presentamos un paciente con cefalea tipo racimo episódica de años de evolución, que presenta cambio de patrón clínico y acúfeno unilateral secundario a una fistula carótido-cavernosa por trombosis de seno petroso inferior como probable causa.

Material y métodos: Varón de 51 años, desde la juventud presenta cefalea episódica, punzante, retroocular, hemicraneal izquierda, acompañada de quemosis ocular, lagrimeo y rinorrea unilateral de 45-90 minutos de duración, esporádica con crisis de 1-2 días, buena respuesta a triptanes y desencadenantes identificados. Consulta porque desde un día en concreto es diaria durante meses sin mejoría con triptanes. Sin focalidad neurológica ni signos oftalmológicos.

Resultados: RMN, angioRMN craneal y RMN cervical sin hallazgos. Test de indometacina negativo. Mejoría con verapamilo. Posteriormente, empeoramiento clínico con aparición de acúfeno pulsátil izquierdo. AngioTAC: fistula carótido-cavernosa izquierda. Arteriografía: fistula carótido-cavernosa izquierda tipo D y trombosis del seno petroso inferior ipsilateral como probable causa de la fistula. Valoración oftalmológica: mínima afectación en párpado y presión intraocular pulsátil, sin

otros hallazgos. Se inicia anticoagulación, con remisión de la clínica, y se realiza tratamiento endovascular de la fistula.

Conclusión: Ante cambios de patrones clínicos de una cefalea habitual y aparición de nuevos síntomas se recomienda ampliar estudio de neuroimagen para descartar posibles causas secundarias.

19286. DESARROLLO DE SÍNDROME VOGT-KOYANAGI-HARADA EN VARÓN DE 63 AÑOS VACUNADO FREnte AL SARS-COV-2

García Maruenda, A.; Gómez Ramírez, P.; Nieto Palomares, P.; Martín Sobrino, I.; Quirós Illán, L.; Hernández González, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: El SVKH es una rara enfermedad autoinmune mediada por células T dirigidas contra los melanocitos de tejidos que contienen melanina (ojo, oído interno, meninges y piel). Se postula que la respuesta autoinmune es activada por un agente infeccioso en un individuo genéticamente susceptible. El SVKH predomina en pacientes de 20-50 años, más frecuentemente mujeres. Debido a la patogénesis inmunológica, el tratamiento de primera elección son los corticoides y agentes inmunosupresores o biológicos.

Material y métodos: Nuestro paciente fue diagnosticado 6 años antes de hipoacusia. Fue remitido por uveítis bilateral, sin traumatismo ni cirugía previa, asociada a cefalea intensa refractaria. Los síntomas de cefalea y visión borrosa comenzaron 14 días tras ser vacunado contra la COVID. Como antecedentes familiares: un hermano diagnosticado de hipoacusia precoz y poliartritis. La hermana estaba en estudio por síndrome miasteniforme. Estos datos apuntaban a un contexto genético con predisposición al desarrollo de enfermedades autoinmunes.

Resultados: La bioquímica del LCR mostró: leucocitos 448/mm³ (linfocitos 96%), glucosa 37 mg/dl, proteínas 198,6 mg/dl, con cultivo negativo, correspondiente con meningitis aséptica. Biopsia cutánea: compatible con vitílico. Se instauró tratamiento esteroideo con buena respuesta clínica y licuoral.

Conclusión: Nuestro paciente cumplía con los criterios requeridos para el diagnóstico de SVKH (uveítis bilateral y vitílico) apoyado por síntomas neurológicos y auditivos (meningismo, hipoacusia), pese a que el SVKH completo puede tardar meses/años en desarrollarse tras la uveítis. Se han descrito casos de SVKH tras la infección o vacuna COVID que podrían actuar como trigger. Se requiere un tratamiento precoz y agresivo para frenar una tórpida progresión.

19732. CEFALEA EN EL PUERPERIO: LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

Alcahuat Rodríguez, C.; González Villar, E.; Martínez Fernández, I.; Restrepo Carvajal, L.; Cuenca Juan, F.; Ocaña Mora, B.; Sánchez Morales, L.; Serrano Serrano, B.; Sánchez Larsen, Á.; Hernández Fernández, F.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: El riesgo de cefaleas secundarias aumenta en el embarazo y el puerperio, especialmente si la cefalea asocia cifras de tensión arterial elevadas. Presentamos un caso secundario a vasoconstricción cerebral reversible.

Material y métodos: Se describen la presentación, la evolución y el tratamiento del caso.

Resultados: Mujer de 40 años con antecedentes de migraña sin aura que acude a urgencias en el duodécimo día posparto por cefalea de 6 días de evolución. La cefalea era progresiva, occipital, pulsátil, con fotofobia y sonofobia, y empeoraba en decúbito, dificultando el descanso nocturno. Había tomado triptanes sin mejoría. No presentaba alteraciones visuales u otros síntomas. Los días previos había presen-

tado cifras de TA elevadas, en urgencias la TA era 176/98. La exploración neurológica era normal incluyendo fondo de ojo. Analíticamente destacaba un dímero D de 11.292 µg/l. Se realizaron TC y angioTC venoso urgentes que fueron normales. Por sospecha de trombosis venosa cerebral se solicitó angioRM urgente donde informaban la presencia de trombosis venosa cerebral superficial, iniciándose anticoagulación con HBPM. En los días posteriores mejoraron la cefalea y las cifras tensionales. Se realizó arteriografía cerebral, evidenciándose la presencia de múltiples estenosis arteriales, con mayor expresión en circulación posterior, descartándose asimismo trombosis venosa. La paciente fue dada de alta y en la arteriografía de control se comprobó la resolución completa de las estenosis arteriales.

Conclusión: En el diagnóstico diferencial de una cefalea en el puerperio se deben tener en cuenta causas secundarias como la trombosis venosa cerebral o la vasoconstricción cerebral reversible, debiéndose llevar a cabo los estudios complementarios pertinentes.

19229. ¿ES EFECTIVA LA TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSINAL CRÓNICA?

González Antón, D.; Ruiz López, C.; Casas Limón, J.; Barcenilla López, M.; Fabia Polo, L.; Arribas Ballesteros, B.; de la Cruz Fernández, N.; Cordero Sánchez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: Dado que estudios recientes apuntan a la eficacia de la toxina botulínica A en la cefalea tensinal crónica (CTC), presentamos una serie de casos de dicha patología tratados con toxina, describiendo efectividad y duración de la mejoría. Secundarios: definir el perfil epidemiológico y comorbilidades que puedan influir en la respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Se seleccionan 19 casos de CTC, acorde a criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Cefaleas, que se infiltraron con toxina botulínica. Retrospectivamente a través de las historias clínicas se recoge información epidemiológica, comorbilidades psiquiátricas y otras cefaleas, meses de evolución, tratamientos previos, efectividad y efectos adversos.

Resultados: En nuestra serie de casos, la CTC es más frecuente en mujeres (89,48%), edad media de 54 años, y tiempo de evolución medio de 141 meses. Se asocia con comorbilidad psiquiátrica frecuentemente (54%), especialmente a trastorno depresivo y en un 26% de los casos a síndrome miofascial. Algunos casos presentan antecedente migrañoso previo, pero con escasa frecuencia de migrañas últimamente. De media habían recibido 3 tratamientos orales preventivos previos, especialmente topiramato y amitriptilina. Un 68,4% de los pacientes infiltrados refirieron mejoría, con una duración media de 3,41 meses. Solo un 6% de los pacientes presentaron efectos adversos leves (dolor en trapecios, elevación de la ceja).

Conclusión: La infiltración con toxina botulínica podría ser una alternativa efectiva en pacientes seleccionados con CTC. No obstante, se requieren ensayos controlados con mayor tamaño muestral que determinen su eficacia en esta patología.

18666. NEUMOENCÉFALO COMO CAUSA INHABITUAL DE CEFALEA SECUNDARIA

Beck Román, E.; Casas Limón, J.; Cordero Sánchez, C.; Borrega Canelo, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: Presentamos un caso de cefalea subaguda secundaria a neumoencéfalo.

Material y métodos: Mujer de 72 años, con antecedentes de HTA y DL, consulta por cuadro catarral de vías altas con tos y sensación de tapónamiento óptico, desde hace 3 días, y cefalea temporal izquierda desde esa mañana. A la exploración presenta TA 201/98, t.ª 38 °C, explora-

ción neurológica normal. Se realiza radiografía torácica (sin consolidaciones), PCR de virus respiratorios negativos, analítica con PCR 141. En TC craneal se evidencian varias burbujas subcentimétricas de neumoencéfalo adyacentes a la tabla interna del temporal izquierdo con milimétrica solución de continuidad en el techo del peñasco izquierdo que podría ser el origen de las burbujas. Es valorada por ORL quienes realizan exploración (normal) y recomiendan ceftriaxona profiláctica. **Resultados:** Se decide ingreso para vigilancia. Mejoría del cuadro catarral y la cefalea. Se realiza RMN 4 días más tarde que muestra resolución del neumoencéfalo, sin anomalías en peñasco izquierdo. **Conclusión:** La presencia de neumoencéfalo suele estar relacionada con antecedente traumático, quirúrgico o tumores de base de cráneo, siendo el espontáneo muy poco frecuente. De estos, el de localización otológica es muy poco habitual y es explicado por la existencia de mayor presión a nivel del oído medio respecto a la PIC, con paso de burbujas hacia el interior facilitado por Valsalva (tos en este caso), generando un mecanismo de válvula. Clínicamente se presenta con cefalea, náuseas, vómitos o alteración del nivel de conciencia. El manejo depende de la causa y la gravedad, estando indicado manejo conservador en los casos leves.

19650. NEURALGIA OCCIPITAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE PULMÓN

Martínez Zarco, M.¹; González Romero, A.¹; Ramírez Toledo, R.¹; Cegarra Clares, M.¹; Marín Conesa, E.²; Pellicer Espinosa, I.²; Sanz Monllor, A.³; Martínez Navarro, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía;

²Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: En las neuralgias craneofaciales el dolor es vehiculado por los nervios occipitales, entre otros. El 90-95% son formas primarias. El 5-10% son secundarias, con características atípicas. El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico infrecuente de causa secundaria de neuralgia occipital.

Material y métodos: Mujer, 62 años, sin antecedentes de interés. Acude por cefalea paroxística occipital izquierda, con irradiación hemicranea, de 4 meses. Aporta RMN sin hallazgos. Exploración física con dolor en punto de Arnold. Diagnóstico: probable neuralgia del nervio occipital mayor (NOM), realizándose infiltración local e iniciándose carbamazepina. Dos meses después, refiere ausencia de respuesta al tratamiento y aparición de bultoma en punto de Arnold.

Resultados: TC craneal: masa de partes blandas intra-extracraneal occipital izquierda con patrón permeativo y trombosis de seno transverso izquierdo con infarto cerebeloso. RMN cerebral: masa occipital izquierda, dos lesiones óseas y dos nódulos cerebrales, compatibles con metástasis. TC total body: masa pulmonar LSD. Broncoscopia con biopsia diagnóstica de adenocarcinoma.

Conclusión: La neuralgia occipital cursa con dolor uni o bilateral, continuo o paroxístico, en la distribución de los nervios occipitales (mayor, 90% casos, menor o tercero). Puede alcanzar al área frontoorbitaria y asociar otros síntomas. El NOM es vulnerable a la tracción en tres puntos. En su diagnóstico hay que descartar causas secundarias. En este caso, la RMN previa normal y el cuadro típico hizo que se descartase, pero dada la evolución, se replanteó el diagnóstico. El debut de un adenocarcinoma pulmonar con metástasis ósea es infrecuente, lo que ocasiona retrasos diagnósticos.

19061. SINUSITIS ESFENOIDAL COMO MIMIC DE ARTERITIS TEMPORAL

Palomino Cardozo, N.; Ros González, M.; Freire Lázaro, M.; Varas Martín, E.; Guerrero Peral, A.; García Azorín, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Reportar un caso de sinusitis esfenoidal cuya presentación clínica imitó la de una arteritis de células gigantes (ACG).

Material y métodos: Varón de 80 años con antecedentes de cataratas y síndrome polimiágico. Consulta por cuadro de más de un mes de evolución de cefalea frontotemporal izquierda. La cefalea era constante, opresiva, de intensidad 9/10, asociada a fotofobia, resistente a tratamiento sintomático, con molestias al roce cutáneo, con empeoramiento con maniobras que implicasen Valsalva y con sensación de pérdida de visión monocular de ojo izquierdo.

Resultados: Con la sospecha de ACG recibió tratamiento esteroideo, con mejoría del dolor y reaparición del mismo al retirarlo. Analíticamente presentó 7.890/ μ L leucocitos, hemoglobina de 14 g/dL, VSG de 22 mm/h y PCR de 74 mg/L (rango de normalidad: 0-5). La ecografía doppler color de la arteria temporal no evidenció hallazgos sugestivos de arteritis, la valoración oftalmológica fue anodina y la RM cerebral mostró signos de sinusitis crónica con datos de actividad a nivel del seno esfenoidal izquierdo. Realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico, con mejoría notable de los síntomas, que se mantiene hasta la actualidad.

Conclusión: Presentamos un paciente con cefalea de reciente comienzo y múltiples datos de aparición, en el que se sospechó una ACG y se inició tratamiento empírico, para finalmente recibir diagnóstico de otra cefalea secundaria. El diagnóstico de la enfermedad aislada del seno esfenoidal a menudo se realiza radiológicamente. Su retraso puede dar lugar a complicaciones graves, debido a sus relaciones anatómicas, por lo que el tratamiento antimicrobiano precoz es fundamental para evitar morbilidad.

19453. REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA LOCAL TARDÍA TRAS ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CGRP. ¿ES POSIBLE CONTINUAR EL TRATAMIENTO?

Romero del Rincón, C.¹; Paños Basterra, P.¹; Vega, F.²; Heredia, P.¹; Iriarte, P.¹; Serra López-Matencio, J.³; Gago-Veiga, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

²Servicio de Alergología. Hospital Universitario de la Princesa;

³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Los anticuerpos anti-CGRP presentan como efecto adverso la aparición de reacciones cutáneas leves en el lugar de inyección. Menos habituales son las reacciones locales más intensas, pero su aparición puede suponer la suspensión del tratamiento.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes con importantes reacciones tardías en el lugar de inyección de diferentes anti-CGRP (erenumab, galcanezumab y fremanezumab), en las que por mala tolerancia se planteó el abandono de su administración, a pesar de su eficacia antimigrana. Por ello, se diseñó un protocolo de premedicación consistente en: antiinflamatorios y antihistamínicos orales + frío local + corticoides tópicos pre y post inyección, priorizando la aplicación en zona abdominal.

Resultados: Primer paciente: mujer, 53 años, inicia tratamiento con erenumab 140 mg, que desde la segunda administración presenta placa dura eritematosa pruriginosa que reaparece en las administraciones sucesivas. Se suspende el fármaco por este efecto adverso y se inicia fremanezumab, presentando de nuevo reacción cutánea, aunque de menor intensidad y mejor tolerado, ya que se comenzó directamente con el protocolo descrito. Segundo paciente: mujer, 60 años, inicia tratamiento con fremanezumab 225 mg mensual, tras la segunda administración del fármaco presenta reacción cutánea dolorosa. Se suspende el fármaco tanto por intolerancia como ineficaz e iniciamos galcanezumab, siendo en este caso efectivo, con el que presenta de nuevo reacción cutánea dolorosa más extensa que las previas, pero que mejora significativamente con el protocolo.

Conclusión: Las reacciones cutáneas locales intensas de hipersensibilidad tardías tras la administración de anti-CGRP pueden controlarse mediante aplicación de medidas antiinflamatorias, evitando tener que suspender un tratamiento eficaz.

18932. EXPERIENCIA DE RETIRADA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP TRAS MÁS DE UN AÑO DE TRATAMIENTO DE LA CEFALEA CRÓNICA

Ruhland Paulete, S.; Lobato Rodríguez, R.; Martínez Ubierna, S.; Olmedo Menchen, T.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Objetivos: Analizar si el porcentaje de respuesta al tratamiento con anti-CGRP influye en la probabilidad de recaída de cefalea crónica en los 6 primeros meses tras la retirada del tratamiento.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes a los que se les ha retirado el tratamiento preventivo con anti-CGRP tras más de 12 meses de terapia. Se incluyen 29 pacientes en el estudio.

Resultados: Se analiza el porcentaje de respuesta al tratamiento comparando los días de migrañas al mes previo a iniciar tratamiento y los días de migraña al mes en el mes previo a la retirada de tratamiento. Se clasifica a los pacientes en: respuesta > 50% al tratamiento (n = 17) y respuesta > 75% (n = 12). En el grupo con > 5% respuesta, 7 pacientes reinician tratamiento tras retirada y 3 no lo reinician; en el grupo con > 50% respuesta, 15 pacientes reinician tratamiento y 4 no lo reinician. En el primer grupo la probabilidad de reinicio de tratamiento a los 6 meses es del 70%, y en el segundo del 73,33%.

Conclusión: Se observa una tendencia similar en la probabilidad de recaída a los 6 meses de seguimiento tras la retirada del anti-CGRP entre aquellos pacientes con reducción de > 50% de cefaleas al día y aquellos con reducción de > 75% de cefaleas al día durante más de 12 meses de tratamiento. Se precisa ampliar estudios con posibilidad de análisis inferencial para demostrar que el porcentaje de respuesta a tratamiento con anti-CGRP no influye sobre la probabilidad de recaída.

18873. REMISIÓN COMPLETA DE CEFALEA NEURALGIFORME DE BREVE DURACIÓN TRAS PERFUSIÓN ENDOVENOSA DE LIDOCAÍNA. ¿TRATAMIENTO DE RESCATE PARA UN GRUPO REFRACTARIO A TRATAMIENTO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Villino Rodríguez, R.; Pérez Prol, C.; Espinoza Vinces, C.; Atorrasagasti Villar, A.; Gimeno Rodríguez, M.; Irimia Sieira, P.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra.

Objetivos: La cefalea neuralgiforme de breve duración (SUNCT/SUNA) forma parte de las cefaleas trigémino autónomas (CTA); y dentro de estas son rebeldes al tratamiento. Presentamos un caso de SUNCT refractario a tratamientos de primera y segunda línea, con excelente respuesta a la perfusión con lidocaína endovenosa.

Material y métodos: Varón de 59 años, diestro, con antecedente de síndrome antifosfolípido y alga facial desde el año 2018. Consulta por paroxismos de dolor frontal izquierdo de carácter fulgurante de corta duración, junto a inyección conjuntival, sensación de cuerpo extraño y epifora. Presenta una frecuencia de 5 episodios al día de 5-10 minutos de duración. Refiere puntos gatillo a la masticación y palpación en ceja y ala nasal. Como tratamiento preventivo ha recibido pregabalina y duloxetina con respuesta insuficiente. En resonancia magnética cerebral se objetivó contacto vascular con el nervio trigémino izquierdo en su origen.

Resultados: Fue diagnosticado de SUNCT, que por la frecuencia de los episodios podría considerarse como estatus. Se le indicó tratamiento con eslicarbazepina sin eficacia. Como tercera línea de tratamiento se le administró perfusión con lidocaína endovenosa en dosis ascendente. Tras este tratamiento remiten los episodios de dolor.

Conclusión: La cefalea neuralgiforme de breve duración es la CTA más refractaria al tratamiento. La primera línea de tratamiento son fármacos anticrisis como la lamotrigina. Ante el fracaso a tratamientos de

segunda línea (topiramato, duloxetina), junto con la forma de presentación en estatus, está indicado el tratamiento con perfusión de lidocaína endovenosa. Es un tratamiento efectivo para rescatar a este grupo de pacientes.

19455. PERSIST-E: PERSISTENCIA TRAS UN AÑO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE MIGRAÑA

Díaz Insa, S.¹; Huerta Villanueva, M.²; Belvís Nieto, R.³; Rodríguez Vico, J.⁴; Nieves Castellanos, C.¹; Muñoz, A.⁵; Morollón Sánchez-Mateos, N.³; Jaimes, A.⁴; Olivier, M.¹; Campoy, S.²; Gómez García, A.⁴

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

²Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans; ³Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁴Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Diaz; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Analizar la persistencia al año del uso de anticuerpos monoclonales anti-CGRP (AcsmaCGRP) como tratamiento preventivo de migraña.

Material y métodos: Estudio multicéntrico. Describimos: edad, sexo, diagnóstico migraña episódica (ME) / crónica (MC), tasas MOH (sobreuso medicación), DMM (Días Migraña Mes). Persistencia al año. Analizamos erenumab (E), galcanezumab (G) y fremanezumab (F) por separado. Describimos razones de discontinuación y modificaciones de dosis. Tasas DMM y MOH tras un año.

Resultados: 5 hospitales. 706 pacientes. Todos nuevos para AcsmaCGRP. Edad 49,10, mujeres 600 (84,99%). 524 MC, 74,22%. 76,14% MOH. 280 iniciaron E, 228 G, 198 F. Persistencia al año: 439/702 pacientes, 62,54% mantienen primer AcsmaCGRP utilizado. Persistencia E 60,71%, G 57,02%, F 70,02%. Motivos discontinuación: falta de eficacia (223, 31,59%), 5 alta eficacia, 22 eventos adversos (3,12%), 13 pérdida de seguimiento, 11 otros motivos. Modificación de dosis: E 70 mg incrementaron a 140 mg casi todos. Algunos, dosificación cada 21 días (*wearing off*). Algunos (10%) G 240 mg (si baja eficacia). F algunos cambios, mensual a trimestral o viceversa (10%) por preferencia. Al año: DMM 17,35 a 7,38 días. Con E 18,57-8,3 días; G 18,45-8,47 días; F 14,35-5,81 días. Tasa de MOH de 76,14% a 16,61%.

Conclusión: Persistencia al año AcsmaCGRP muy alta: 2/3 pacientes. Principal motivo discontinuación: falta de eficacia (1/3); solo 3% por eventos adversos. Hay diferencias entre AcsmaCGRP, que deberían ser comprobadas. Mejoría notable al año de DMM y MOH. La persistencia del tratamiento es muy útil para analizar la evidencia en vida real de los tratamientos preventivos para migraña.

Material y métodos: Mujer de 72 años con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular en tratamiento. Durante 15 años había presentado con frecuencia ataques de cefalea, desencadenadas siempre con el clímax de la actividad sexual, de intensidad 9/10 desde el inicio, carácter opresivo, localización holocraneal y duración de al menos 15 minutos. Derivada a neurología como consecuencia de varios cuadros de idénticas características pero sin desencadenante.

Resultados: Exploración y analítica normales. Un estudio neurosonológico objetivó patrón compatible con estenosis leve de ambas arterias cerebrales medias y de estenosis moderada en ambos segmentos P2 de arterias cerebrales posteriores. Se inició tratamiento con amlodipino con buena respuesta clínica y neurosonográfica.

Conclusión: El cambio en el patrón clínico de este caso nos llevó a pensar en un SVCR, confirmado neurosonográficamente y con rápida instauración de tratamiento eficaz. Es recomendable completar el diagnóstico de la cefalea en trueno relacionada con la actividad sexual con un estudio neurosonográfico.

19607. BENEFICIO DE FÁRMACOS ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Gallego Fuentes, P.; Castro Sánchez, M.; Barros Ruiz, A.; Sánchez-Guijo Benavente, Á.; García Trujillo, L.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: Los fármacos anti-CGRP (erenumab, galcanezumab, fremanezumab y eptinezumab) están aprobados como tratamiento preventivo en migraña crónica y migraña episódica de alta frecuencia. Sin embargo, en los ensayos clínicos de estos fármacos quedan excluidos pacientes con patología psiquiátrica grave. El objetivo de este estudio es analizar el posible beneficio de estos fármacos en pacientes con migraña crónica refractaria que presenten comorbilidades psiquiátricas graves.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de 225 pacientes atendidos en nuestras consultas que hubieran iniciado tratamiento con anti-CGRP, incluyendo 18 pacientes (16 de ellos mujeres), con diagnóstico de migraña crónica refractaria que presentaran diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, ideación o intento autolítico, trastorno de conducta alimenticia o trastornos psiquiátricos en tratamiento activo con antipsicóticos).

Resultados: De los 18 pacientes incluidos, todos presentaban migraña crónica refractaria, con puntuación media en escala MIDAS de 121 y en escala HIT-6 de 70. La media de tratamientos preventivos previos a uso de anti-CGRP fue de 7, siendo todos refractarios a toxina botulínica. 7 pacientes (38,88%) presentaron una reducción de al menos 50% de crisis de migraña tras 12 semanas de tratamiento con algún anti-CGRP. En 5 se tuvo que suspender el tratamiento por efectos adversos (27,77%).

Conclusión: Pese al reducido tamaño muestral, los datos obtenidos señalan que existen potenciales beneficios en el tratamiento preventivo de la migraña crónica refractaria en pacientes con patologías psiquiátricas, siendo necesarios ensayos clínicos futuros que incluyan este perfil de pacientes para aportar evidencia en el tratamiento con anti-CGRP.

18847. EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA MAYORES DE 65 AÑOS: ESTUDIO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Sánchez Rodríguez, C.¹; Gago Veiga, A.¹; Pagán, J.²; Fernández Lázaro, I.¹; Rodríguez Vico, J.³; Jaimes, A.³; Gómez García, A.³; Casas

Cefaleas P2

19225. CON DESENCADENANTE O SIN ÉL, ¿EXISTE REALMENTE LA CEFALEA EN TRUENO PRIMARIA?

Ros González, I.; Freire Lázaro, M.; Varas Martín, E.; de Lera Alfonso, M.; García Azorín, D.; Guerrero Peral, Á.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: La cefalea en trueno se define como un dolor de cabeza súbito e intenso con máxima intensidad en menos de un minuto. Hay autores que dudan de la existencia de una verdadera cefalea en trueno primaria, hipotetizando que correspondería a cuadros de síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) en los que no se ha llegado a su diagnóstico. Presentamos a una paciente con 15 años de evolución de cefalea en trueno en la que un cambio de presentación clínica implicó considerar la presencia de SVCR.