

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

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>5</sup>Servicio 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.

## 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.

**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 neurosonológica.

**Conclusión:** El cambio en el patrón clínico de este caso nos llevó a pensar en un SVCR, confirmado neurosonológicamente 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 neurosonológico.

#### 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.<sup>1</sup>; Gago Veiga, A.<sup>1</sup>; Pagán, J.<sup>2</sup>; Fernández Lázaro, I.<sup>1</sup>; Rodríguez Vico, J.<sup>3</sup>; Jaimes, A.<sup>3</sup>; Gómez García, A.<sup>3</sup>; Casas

Limón, J.<sup>4</sup>; Díaz de Terán, J.<sup>5</sup>; Sastre Real, M.<sup>5</sup>; Membrilla, J.<sup>5</sup>; Latorre, G.<sup>6</sup>; Calle de Miguel, C.<sup>6</sup>; Gil Luque, S.<sup>7</sup>; Trevino Peinado, C.<sup>8</sup>; Quintas, S.<sup>1</sup>; Heredia, P.<sup>1</sup>; García Azorín, D.<sup>9</sup>; Echavarría Íñiguez, A.<sup>7</sup>; Guerrero Peral, Á.<sup>9</sup>; Sierra Mencía, Á.<sup>9</sup>; González García, N.<sup>10</sup>; Porta-Etessam, J.<sup>10</sup>; González Martínez, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

**Objetivos:** Estudios previos realizados en nuestro grupo han desarrollado una herramienta predictora de respuesta a fármacos anti-CGRP en pacientes con migraña. Los pacientes mayores de 65 años han sido generalmente excluidos de los ensayos clínicos. Por ello, el objetivo del presente estudio fue valorar la utilidad del modelo de predicción de respuesta a anticuerpos anti-CGRP también en pacientes con migraña mayores de 65 años.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma retrospectiva pacientes mayores de 65 años procedentes de una cohorte independiente a la de generación del algoritmo. Se obtuvieron valores de sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) globales, área bajo la curva (AUC) y valor F1 ponderado.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes, 34 (82,9%) mujeres, edad media 69,51 (DE: 3,76) años. En la valoración del algoritmo de respuesta global > 50% a los 6 meses, la S fue del 81,4%, la E del 92,8%, el VPP 95,6% y el VPN 72,2%. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,872, CI [0,781-0,95]. El valor F1 ponderado fue del 85,7%.

**Conclusión:** Nuestro estudio de validación externa confirma que el modelo predictivo de respuesta anti-CGRP es útil en pacientes con migraña mayores de 65 años. Esta novedosa herramienta representa una ayuda para la toma de decisiones y una forma útil de enfocar un importante resultado de salud para una población especial.

## 18690. RESULTADOS DE LOS CAMBIOS POR INEFICACIA ENTRE ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN MIGRAÑA CRÓNICA

Cano Orgaz, A.; Sancho Riba, M.; Sánchez Ulayar, A.; Casado Ruiz, V.; Sanz Cartagena, P.; Muriana Batiste, D.; Guanyabens Busca, N.; Álvarez Larruy, M.; Palomeras Soler, E.

*Servicio de Neurología. Hospital de Mataró.*

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos al cambiar por ineficacia desde un primer tratamiento con anticuerpos anti-CGRP a un segundo anti-CGRP en pacientes con migraña crónica.

**Material y métodos:** De la base de datos de cefaleas de nuestro hospital hemos analizado todos los pacientes que cambiaron entre anticuerpos anti-CGRP por ineficacia del primer tratamiento a los seis meses. Analizamos la eficacia del cambio medida como días de cefalea al mes y las características de los pacientes respondedores a dicho cambio entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

**Resultados:** 31 pacientes (81% mujeres y 19% hombres, edad media 51,8 años) cambiaron por fracasar a un primer anticuerpo monoclonal anti-CGRP. De estos 10 (32%) mostraron una mejoría a los seis meses. Un 6,5% mejoraron más de un 25% los días de cefalea al mes, un 16% más de un 50% y 9,5% más de un 75%. Un 50% de los pacientes con una respuesta parcial y transitoria al primer tratamiento (medida en el mes 1, 2 o 3) mejoraron tras el cambio, mientras que ninguno de los pacientes que no habían respondido parcialmente al primer tratamiento mejoraron tras el cambio.

**Conclusión:** En nuestra serie solo los pacientes que han mostrado una respuesta transitoria al primer anticuerpo monoclonal anti-CGRP pueden presentar mejoría tras el cambio a un segundo anticuerpo mono-

clonal anti-CGRP. Aquellos pacientes que no muestran esta respuesta no se benefician el cambio de tratamiento entre anticuerpos anti-CGRP.

## 19765. FRACASO DE DOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: ¿FUNCIONARÁ UN TERCER ANTICUERPO?

Rodríguez García, D.; Castro Rodríguez, M.; Sánchez-Guijo Benavente, Á.

*Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya.*

**Objetivos:** Estudiar y evaluar la respuesta clínica de pacientes que han requerido un doble *switch* de anticuerpos monoclonales.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de 10 pacientes con migraña episódica de alta frecuencia y crónica, seguidos por nuestra unidad de cefaleas, en los que se ha realizado el doble *switch* de anticuerpo por falta de eficacia. Se han obtenido datos epidemiológicos y variables de respuesta a dichos anticuerpos, como los días de cefalea al mes y los días de migraña al mes, así como escalas validadas de calidad de vida (Migraine Disability Assessment Scale y Headache Impact Test-6).

**Resultados:** El 60% de los pacientes son varones, con una mediana de edad de 47 años y una media de edad de 48,4. Se realizó un seguimiento clínico con un mínimo de 5 meses para el *switch* de anticuerpo. El primer *switch* conllevó una mejoría clínica global del 40% de los pacientes de la serie. No obstante, este porcentaje se reduce al 10% con el segundo *switch*.

**Conclusión:** En nuestra serie, la tasa de mejoría de los pacientes que no se beneficiaron de efecto positivo con el primer *switch* se limita a un 10% mediante el segundo *switch*. Se necesitan más estudios para determinar la efectividad de la utilización de un tercer anticuerpo.

## 18945. TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO COMO FACTOR PREDICTOR DE DETERIORO FIN DE DOSIS EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON ONABOTA

Almeida Zurita, P.; Rodríguez Montolio, J.; Navarro Pérez, M.; Santos Lasasa, S.

*Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

**Objetivos:** La migraña crónica (MC) es un importante problema de salud pública que afecta al 2,2% de la población. La onabotulinumtoxinA (OnabotA) es un tratamiento profiláctico seguro y efectivo en MC. Sin embargo, algunos pacientes experimentan un deterioro fin de dosis (DFD) en las semanas 8-10. Los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia del DFD precoz temprano, analizar variables que pueden ser predictores clínicos y precisar qué intervalo es el más adecuado para definir la existencia de este fenómeno.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos que inician tratamiento con OnabotA siguiendo el protocolo PREEMPT entre junio y diciembre de 2021.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 59 pacientes (93,2% mujeres, edad 44 ± 12 años). El 40,6% de los pacientes experimentó DFD y se encontró que fue más frecuente después del primer ciclo (35,6%). El trastorno ansioso-depresivo fue un predictor clínico estadísticamente significativo. La semana 10 parece ser un mejor punto de corte para considerar DFD.

**Conclusión:** El DFD precoz es frecuente en pacientes con MC que inician tratamiento con OnabotA. En este subgrupo de pacientes se puede plantear individualizar el intervalo estándar entre inyecciones, aumentar las dosis totales a 195U y tratar las comorbilidades psiquiátricas para reducir el DFD.

### 18885. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD TRAS LARGO USO DE ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA

Bocero García, A.; Laviana Marín, Á.; Montero Ramírez, E.; Banda Ramírez, S.; Sánchez Caballero, F.; Viguera Romero, J.; Torres Moral, A.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.*

**Objetivos:** La migraña es una enfermedad con elevada prevalencia y muy discapacitante. Los fármacos anti-CGRP se han mostrado eficaces y seguros. Sin embargo, los datos a largo plazo provienen de ensayos clínicos y hay pocos datos publicados en práctica clínica real. Describiremos una serie de casos.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo de serie de casos en pacientes con migraña con más de 18 meses de tratamiento con un fármaco monoclonal. Son 69 pacientes, 55 mujeres, edad media 49 años, 58 con migraña sin aura (31 crónica, 27 episódica). Hemos comparado parámetros entre la visita 1 y la 18 y descrito efectos adversos.

**Resultados:** Comparando la primera visita con la del mes dieciocho, la media de días de cefalea mensuales pasó de 16 a 7, con una EVA mediana de 9 y 6 respectivamente. Las faltas al trabajo mensuales disminuyeron de 3 a 1,3. En la escala MIDAS se bajó de 67 a 20,6. Solo el 18,8% tuvo efectos secundarios, todos leves: estreñimiento (7), dolor o reacción leve en el punto de inyección (3), cefalea, HTA y congestión nasal.

**Conclusión:** El uso de anticuerpos monoclonales es efectivo (menos días de dolor y de menor intensidad) y eficiente (menos visitas a Urgencias y menos faltas al trabajo), además de tener buen perfil de seguridad (pocos efectos adversos y leves). De momento no encontramos evidencias para retirar el fármaco al cabo del tiempo, pues son efectivos y se toleran bien. Sin embargo, son necesarios más estudios a largo plazo.

### 19564. ¿QUÉ OCURRE CON LOS PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA AL AÑO DE TRATAMIENTO CON FREMANEZUMAB? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Díaz Fernández, E.; Lozano Ros, A.; Guillem Mesado, A.; Sánchez Soblechero, A.

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

**Objetivos:** Comparar a los pacientes que tras la interrupción de fremanezumab al año de uso mantuvieron una buena respuesta con aquellos que requirieron reiniciarlo.

**Material y métodos:** Se incluyen pacientes con migraña crónica y tratamiento de mínimo un año con fremanezumab mensual (diciembre 2020-abril 2023), obteniéndose tres grupos según si mantienen la respuesta (F0), requieren reiniciarlo (F1) o continúan más de un año (F2). Se analizan las características demográficas, escalas de discapacidad (MIDAS y HIT-6), días de cefalea al mes (DCM) y días de migraña al mes (DMM) trimestralmente. Se realiza un análisis descriptivo del total y analítico entre F0 y F1 ( $\chi^2$ , U de Mann-Whitney). Comparamos la respuesta a fremanezumab inicial y en su reinicio en el grupo F1 (Wilcoxon).

**Resultados:** 43 pacientes, edad media  $52,93 \pm 10,4$  años y edad de debut  $17,4 \pm 4,3$  años, mayoritariamente mujeres (86%). El 53% presentaba depresión y/o ansiedad. Al inicio, la media de DMM fue  $16,5 \pm 6,9$ , la puntuación media en HIT-6 era  $67,7 \pm 6,6$  y en MIDAS  $97,5 \pm 55,1$ , la media de preventivos probados estaba en 5,6 y existía uso excesivo de medicación en el 86%. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos respecto a características demográficas o escalas basales. Ocho pacientes prolongaron el tratamiento más de un año. De los 35 restantes, 21 (60%) lo reiniciaron posteriormente con una mediana de 5 meses, sin diferencia de eficacia ( $p > 0,05$ ) en su reinicio (DCM, DMM, MIDAS, HIT-6 y consumo de analgésicos).

**Conclusión:** El 60% de los pacientes con migraña crónica de nuestra muestra tuvieron que reintroducir fremanezumab precozmente, recuperando su eficacia.

### 19808. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN NUESTRO CENTRO

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:** Existen múltiples técnicas neuroquirúrgicas reservadas para los pacientes con neuralgia del trigémino (NT) refractaria a la medicación oral.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de la eficacia y seguridad de las cirugías en pacientes de nuestro centro con NT refractarias.

**Resultados:** N 35 pacientes: 11 (31%) varones y 24 (69%) mujeres. Las NT eran clásicas en 13 (37%) pacientes e idiopáticas en 19 (54%); el resto, secundarias. Se utilizó la escala Barrow Neurological Institute Scale (BNI) para medir la eficacia postquirúrgica. Se consideraron buenos resultados las puntuaciones 1 y 2. Se realizaron 31 (89%) termocoagulaciones y 4 (11%) descompresiones microvasculares (DMV). En el momento de la cirugía llevaban una mediana (Me) de 8 (RIQ: 3-12) y una media de  $17 (\pm 13 \text{ DE})$  años desde el inicio de los síntomas, respectivamente. Se siguieron una media de  $79 (\pm 53)$  y  $106 (\pm 79 \text{ DE})$  meses. La eficacia postquirúrgica justo tras la intervención fue buena en 19 (61%) y 4 (100%) pacientes, respectivamente. Tras los 12 meses y al final del seguimiento, fueron buenas en 17 (55%) y 3 (75%) y 16 (52%) y 1 (25%). No hubo significación estadística entre la eficacia postquirúrgica de cada visita. La Me de cirugías totales por individuo en el grupo de termocoagulaciones fue 2 (RIQ: 1-2) y las reintervenciones se hicieron a la Me de 12 (RIQ: 6-28) meses. No se reintervinieron los pacientes con DMV. En 14 (40%) pacientes aparecieron complicaciones, siendo las más frecuentes hipoestesias y disestesias (28% individuos). Otras fueron infecciones y hematomas locales.

**Conclusión:** El tratamiento quirúrgico de las NT presenta unos resultados inmediatos favorables pero en un número moderado de pacientes se deteriora el efecto tras un año y requieren ser intervenidos.

### 18908. REPORTE DE UN CASO: RELACIÓN ENTRE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP E ICTUS ISQUÉMICO

Sánchez Morales, L.; Ocaña Mora, B.; Cuenca Juan, F.; Martínez Fernández, I.; Restrepo Carvajal, L.; Torres López, L.; García Villar, E.; Martínez Martín, A.; del Valle Pérez, J.; Romero Sánchez, C.; Rojas Bartolomé, L.; Alcahut Rodríguez, C.; Fernández Valiente, M.; Layos Romero, A.; Andrés López, A.; Segura Martín, T.

*Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos:** Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP han demostrado ser seguros y eficaces como preventivos de migraña. Sin embargo, dado que su mecanismo de acción es el bloqueo selectivo de un neuropéptido que produce vasodilatación, debemos estar alerta para vigilar posibles eventos vasculares. Nuestro objetivo es describir el caso clínico de un paciente en tratamiento con galcanezumab y su posible relación con un ictus isquémico.

**Material y métodos:** Descripción de un caso clínico.

**Resultados:** Paciente varón de 64 años sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes de interés, en seguimiento en consulta de cefaleas por cefalea diaria persistente (con rasgos clínicos de mi-

graña) refractaria a múltiples preventivos. Tres meses después del inicio de galcanzumab presenta un ictus isquémico cerebeloso derecho que cursa con torpeza manipulativa derecha, hipoestesia facio-braquio-crural derecha, dismetría en miembro superior derecho y marcha atáxica con lateropulsión derecha. En RM se observa una lesión isquémica aguda cerebelosa derecha con múltiples lesiones de sustancia blanca, también de probable origen isquémico. Se realizó estudio etiológico completo, incluyendo monitorización, dúplex transcraneal y de troncos supraaórticos, ecocardiograma, estudio de trombofilia y arteriografía cerebral, sin hallazgos patológicos. Se suspendió el tratamiento con galcanzumab y se notificó el posible efecto adverso a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Conclusión:** Es fundamental la vigilancia activa de eventos vasculares en pacientes en tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP. En caso de evento vascular se debe notificar a la AEMPS. Ya hay publicado un caso similar al nuestro en la literatura y varios que relacionan erenumab con infarto de miocardio.

### 19989. EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE OCHO CASOS

Batista Oliveira, A.; Grilo, P.; Campos Costa, E.; Piñeiro, S.; Barroso, C.

*Servicio de Neurología. Hospital de Vila Franca de Xira.*

**Objetivos:** La trombosis venosa cerebral (TVC) es una causa rara de ictus. Su diagnóstico es un verdadero desafío, teniendo en cuenta el amplio espectro de manifestaciones clínicas, siendo la cefalea el síntoma más frecuente, aunque poco específico.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de TVC durante el año 2022. Se evaluaron las características epidemiológicas, factores de riesgo, presentación y evolución clínica de cada caso.

**Resultados:** Se incluyeron ocho pacientes, siete mujeres, con una mediana de edad de 42 años (rango: 19-53 años). Los factores de riesgo más frecuentes fueron el uso de anticonceptivos orales y el IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup>. Todos los pacientes tenían cefalea como síntoma inicial y el 75% de los pacientes fueron diagnosticados de TVC solo en la segunda visita a urgencias. En el 87,5% de los pacientes, el diagnóstico definitivo solo fue posible tras la aparición de una crisis convulsiva o déficit neurológico. En promedio, el diagnóstico de TVC se realizó pasados 5,2 días después del inicio de la cefalea. Al alta, todos estaban medicados con anticoagulación oral.

**Conclusión:** La TVC es un diagnóstico que debe considerarse en los pacientes que acuden al servicio de urgencias con cefalea. La cefalea es el síntoma más prevalente y puede tener características de hipertensión intracraneal y/o preceder a síntomas como convulsiones o déficits neurológicos. Es fundamental conocer los signos de alarma de la cefalea a la hora de abordar a los pacientes con cefalea en el servicio de urgencias.

### 19314. ¿CUÁL ES EL RATIO ÓPTIMO DE PRESCRIPCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-CGRP POR 100.000 HABITANTES EN CENTROS CON UNIDAD DE CEFALEA O CONSULTA MONOGRÁFICA DE CEFALAS? ESTIMACIÓN DEL CONSORCIO GALCA-ONLY Y FREMA-ONLY

Obach Baurier, V.<sup>1</sup>; Andrés López, A.<sup>2</sup>; Lozano, A.<sup>3</sup>; Figueroa, A.<sup>4</sup>; Layos, A.<sup>2</sup>; Figueroa Íñiguez, A.<sup>5</sup>; Sánchez Soblecher, A.<sup>3</sup>; Álvarez Mariño, B.<sup>6</sup>; Iglesias, F.<sup>5</sup>; Rubio, L.<sup>7</sup>; Peinado, M.<sup>8</sup>; Recio, M.<sup>9</sup>; Portillo López, R.<sup>9</sup>; Gil Luque, S.<sup>5</sup>; González Osorio, Y.<sup>10</sup>; Sierra Mencia, A.<sup>10</sup>; Aranceta, S.<sup>11</sup>; Cuadrado, E.<sup>12</sup>; Fabregat, N.<sup>1</sup>; Marco, T.<sup>1</sup>; Fernández Fernández, S.<sup>1</sup>; Moreira, A.<sup>12</sup>; Rizo, A.<sup>1</sup>; Pola, N.<sup>1</sup>; Viteri Agustín, N.<sup>13</sup>; Mínguez, A.<sup>14</sup>; Ruibal, M.<sup>14</sup>; Bravo, A.<sup>9</sup>; Álvarez, R.<sup>15</sup>; Rieco, N.<sup>15</sup>;

Velasco, F.<sup>16</sup>; Ruisánchez, A.<sup>17</sup>; Echeberria, A.<sup>18</sup>; Kortazar, I.<sup>18</sup>; Martín Bujante, M.<sup>19</sup>; García Moncó, J.<sup>20</sup>; García Azorín, D.<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic Universitario de Valladolid; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Sabadell; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital Urduliz; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; <sup>19</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Basurto.

**Objetivos:** El tratamiento con *Ac anti-calcitonin gene-related peptide* (anti-CGRP) para el tratamiento preventivo de la migraña fue aprobado en España en el 2019. La experiencia y logística de cada centro se ha ido consolidando. Analizamos la casuística y ratio de nuevos tratamientos con anti-CGRP en 2 amplios registros multicéntricos.

**Material y métodos:** Se solicitó a los 20 centros con consulta monográfica o unidad de cefalea del Consorcio Galca-Only o Consorcio Frema-Only que aportasen los datos de prescripción de *de novo* de anti-CGRP en los últimos 3 meses (enero-abril 2023) y cuál es su población de referencia. Se calculó el ratio anti-CGRP *de novo* al mes por 100.000 habitantes de cada centro.

**Resultados:** Se prescribieron 546 anti-CGRP *de novo* en los últimos 3 meses en los 20 centros con una población de referencia de 6.361.500 habitantes. El ratio fue de 2,86 tratamientos al mes por 100.000 habitantes. Tres centros tratan a más de 5 pacientes nuevos al mes por 100.000 habitantes.

**Conclusión:** El ratio óptimo de prescripción de nuevos anti-CGRP por 100.000 habitantes no está establecido y depende de muchas variables, pero es razonable que sea superior a 3 casos al mes por 100.000 habitantes.

### 19673. ESTUDIO EXPLORATORIO DEL DAÑO NEURONAL EN LA MIGRAÑA CRÓNICA: EL ROL DE LA PROTEÍNA LIGERA DE LOS NEUROFILAMENTOS

Gallardo López, V.<sup>1</sup>; Vila Pueyo, M.<sup>1</sup>; Asskour, L.<sup>1</sup>; Caronna, E.<sup>1</sup>; Torres Ferrús, M.<sup>2</sup>; Alpuente Ruiz, A.<sup>2</sup>; Pozo Rosich, P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación Cefalea y Dolor Neurológico. Vall d'Hebron Institut de Recerca; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Estudiar y cuantificar la proteína ligera de los neurofilamentos (NfL) como biomarcador molecular de daño neuronal en pacientes con migraña crónica (MC).

**Material y métodos:** Reclutamos controles sanos (CS) y pacientes diagnosticados con MC con/sin aura según la CIC-3. Se recogieron datos demográficos, clínicos y se extrajo una muestra de sangre. Se cuantificó los niveles séricos de NfL mediante ELISA (UmanDiagnostics AB). Se comparó los niveles de NfL entre grupos mediante pruebas T no pareadas y análisis de correlación. Finalmente, se realizó un modelo lineal de efectos mixtos (MELM), ajustados por la variabilidad intraindividual de los participantes y otras covariables. Todos los análisis se realizaron con R.

**Resultados:** Se reclutó un total de 38 mujeres con una mediana [RIQ] de edad de 39,0 [33,0-45,0] años. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de NfL y la edad (rp = 0,511; p = 0,001) y una tendencia con los días de cefalea al mes (DCM) (rp = 0,278; p = 0,090). No se encontraron diferencias a nivel de

grupos: CS-6,1 [4,8-7,6] vs. CM-7,9 [6,1-8,9] pg/ml;  $p = 0,092$ . Tampoco se asoció la variable grupo a la varianza observada de los NfL en el MELM.

**Conclusión:** Aunque los resultados obtenidos no demuestran suficientes evidencias del rol de los NfL como biomarcador de daño neuronal en MC, hay que considerar que el tamaño del efecto de los resultados es moderado y se debería seguir investigando en cohortes mayores de participantes.

## Cefaleas P3

### 19875. UNA VISIÓN GLOBAL DE LA MIGRAÑA: CARACTERIZACIÓN DE LA CARGA INTERICTAL

Sánchez Huertas, A.; Lorenzo Diéguez, M.; Díaz de Terán, J.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos:** Estudiar el valor de la carga interictal (CI) y de los síntomas interictales (SI) como marcadores pronósticos en pacientes con migraña.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional en una unidad de cefaleas. Se incluyeron pacientes con migraña que iniciaron tratamiento entre enero-febrero de 2023 y tuvieron seguimiento trimestral. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas (la CI se determinó mediante la Migraine Interictal Burden Scale-4 (MIBS-4) y un cuestionario *ad hoc* al inicio del tratamiento y a los 3 meses.

**Resultados:** 72 pacientes (15% migraña episódica baja frecuencia (MEB); 21% alta frecuencia (MEA); 64% crónica (MC)). Se observó un incremento progresivo de CI en correlación a estas categorías de DMM (3,8; 7,5; 9,3). El mayor incremento de esta (de 1,5 a 8 puntos, máximo valor 12) se observó entre los 4 y 6 días de migraña mensual (DMM). Por encima de los 6 puntos de CI, se observó un consumo medio > 20 AINE y > 10 triptanes. Principales SI fotofobia (28%), alodinia (26%), bradipsiquia (17%) y astenia (7%). El 83% reconocieron presentar SI. Según grupos los SI más frecuentes fueron: MEA foto-sono-osmofobia (34%) y bradipsiquia (25%). MC, alodinia (38%). SI asociado con mayor CI fue la bradipsiquia (10,06) y alodinia (8,36).

**Conclusión:** La CI permitió detectar un deterioro diferencial en la calidad de vida entre los 4 y 6 DMM. Se observa como los SI varían según la categoría diagnóstica y valor de la CI que también se asocia a un mayor consumo de medicación sintomática. La CI supone un valor añadido en la evaluación global del paciente con migraña.

### 18784. RESPUESTA A TOXINA BOTULÍNICA Y COMORBILIDADES EN MIGRAÑA CRÓNICA

Martínez Fernández, I.<sup>1</sup>; Layos-Romero, A.<sup>1</sup>; Andrés López, A.<sup>1</sup>; García Villar, E.<sup>2</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>2</sup>; Cuenca Juan, F.<sup>1</sup>; Sánchez Morales, L.<sup>2</sup>; Ocaña Mora, B.<sup>2</sup>; Torres López, L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos:** Definir las comorbilidades asociadas en un grupo de pacientes con migraña crónica y cómo afectan a la respuesta al tratamiento con toxina botulínica.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo con 225 pacientes con migraña crónica atendidos en nuestro hospital en tratamiento con toxina botulínica más de 1 año.

**Resultados:** Edad media de 48 años y predominancia del sexo femenino (91%), el 94% presentaba alguna comorbilidad. De mayor a menor frecuencia encontramos el dolor osteomuscular (65,3%), trastornos del estado de ánimo o del sueño (48,9% cada uno), fibromialgia (8%) u otras enfermedades sistémicas como hipertensión arterial (12,4%). Además,

el 66,7% cumplía previamente criterios de abuso de analgesia, que disminuyó al 8% con la toxina. El 60,9% mejoraron tras toxina botulínica. Por grupos, la mayor respuesta se vio en pacientes con dolor osteomuscular (62,5%), bruxismo nocturno o trastornos del sueño (62% de respuesta en cada uno) o en aquellos con cefalea con uso excesivo de medicación (60%); fueron menor en los trastornos de ánimo (58%) o fibromialgia (55%). La diferencia de respuesta entre los grupos no fue estadísticamente significativa.

**Conclusión:** Las comorbilidades médicas son muy frecuentes en la migraña crónica. Nuestros resultados son similares a los descritos previamente (ensayos PREEMPT, 70% a 24 semanas). No hallamos ninguna comorbilidad que predisponga a una mala respuesta a la toxina. El único factor asociado a la respuesta es el número de preventivos orales previos al uso de la toxina, lo cual podría traducir una mayor eficacia si se inicia la toxina en el primer año de migraña crónica.

### 20000. ACTIVIDAD ALFA EN MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA Y CRÓNICA, ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

Fransen Weinmann, J.<sup>1</sup>; Ikumi Montserrat, N.<sup>1</sup>; Martí Marca, A.<sup>2</sup>; Gallardo, V.<sup>2</sup>; Vilà Batlló, A.<sup>2</sup>; Caronna, E.<sup>1</sup>; Cerda Company, X.<sup>2</sup>; Torres, M.<sup>1</sup>; Alpuente, A.<sup>1</sup>; Pozo Rosich, P.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Headache and Neurological Pain Research Group, Vall d'Hebron Research Institute.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue investigar la actividad alfa durante la fase interictal e ictal en pacientes con migraña respecto voluntarios sanos (controles) y evaluar dicha actividad en función de la respuesta a anticuerpos contra el CGRP.

**Material y métodos:** Se registró la actividad electrofisiológica cerebral en reposo (5 min) con los ojos cerrados durante 3 sesiones (2 sesiones antes y 1 sesión después del tratamiento con anticuerpos contra el CGRP) en migraña (episódica de alta frecuencia y crónica) y 2 sesiones en controles. Los datos fueron analizados a través de la transformada rápida de Fourier y se obtuvo la frecuencia de alfa individual (IAF, rango entre 8-13 Hz) y la correspondiente amplitud de la potencia relativa en la región parieto-occipital. Se aplicaron modelos de regresión lineal de efectos mixtos y análisis de correlación intraclase (ICC).

**Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes (frecuencia:  $15,79 \pm 5,1$ ) y 25 controles emparejados por edad y género (valores  $p > 0,59$ ). El análisis de ICC en controles confirma la fiabilidad de la potencia de alfa (ICC = 0,90) y la IAF (ICC = 0,77). Los resultados muestran que los pacientes no presentan diferencias significativas en la actividad alfa en la fase interictal o ictal respecto los controles (potencia relativa,  $p = 0,35$ ; IAF,  $p = 0,21$ ), ni tampoco en función de la respuesta a tratamiento (potencia relativa,  $p = 0,13$ ; IAF,  $p = 0,06$ ).

**Conclusión:** Por lo tanto, concluimos que, aunque la frecuencia de alfa individual y su potencia relativa son medidas robustas, no pueden usarse como marcador de migraña o de respuesta a anticuerpos contra el CGRP.

### 19528. EVALUACIÓN DEL INSOMNIO EN PACIENTES CON MIGRAÑA EN TRATAMIENTO CON ANTI-CGRP UTILIZANDO LA ESCALA INSOMNIA SEVERITY INDEX (ISI)

González Martínez, A.<sup>1</sup>; Fernández Lázaro, I.<sup>2</sup>; Quintas, S.<sup>2</sup>; Heredia, P.<sup>2</sup>; Vivancos, J.<sup>3</sup>; Gago Veiga, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Inmunología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa.