

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.

**Objetivos:** Estudios previos han demostrado que el insomnio es frecuente entre pacientes con migraña. Sin embargo, existe nula información sobre el impacto de las terapias anti-CGRP en el insomnio. Nuestro objetivo fue investigar el posible impacto de los anticuerpos anti-CGRP en el cuestionario validado sobre insomnio en pacientes con migraña, el Insomnia Severity Index (ISI).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en una cohorte prospectiva en pacientes con migraña atendidos en una unidad de cefaleas de un hospital terciario en tratamiento con anti-CGRP. Se recogieron datos demográficos, clínicos y puntuaciones en la escala ISI durante las visitas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. El objetivo principal fue evaluar la puntuación ISI al inicio, a los 6 y a los 12 meses del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes, 82,14% (23/28) mujeres, edad media 49,29 (12,15), 89,28% (25/28) migraña crónica, número medio de tratamientos preventivos 8,71 (3,98). Hubo una mejora en la puntuación de la escala ISI en el 59,09% (13/22) de los pacientes a los 3 meses, el 63,63% (14/22) a los 6 meses y el 78,57% (11/14) a los 12 meses. Encontramos una reducción estadísticamente significativa en la media de puntuación ISI a los 12 meses [13,61 (6,43); 7,57 (4,95);  $p = 0,019$ ], cambiando de insomnio por debajo del umbral (8-14) a insomnio no clínicamente significativo (0-7).

**Conclusión:** Según nuestro estudio, los anticuerpos anti-CGRP, además de efectivos en la reducción de los días de dolor, podrían mejorar comorbilidades habituales en los pacientes con migraña, como el insomnio.

## 19787. CEFALEA DURANTE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y VACUNACIÓN EN PERSONAL SANITARIO EN LAS DISTINTAS OLAS DE LA PANDEMIA

Treviño Peinado, C.; Torres Más, P.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa.*

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas de la cefalea en relación con la infección por COVID-19 en el personal sanitario, considerando la infección aguda por SARS-CoV-2, la vacunación recibida y los tratamientos utilizados. Investigar las olas de la pandemia con mayor presentación de cefalea y valorar la cefalea persistente.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, mayoritariamente monocéntrico, que recopila datos demográficos, características del dolor, tratamientos agudos y preventivos, tipos de vacunación y su relación con la cefalea. Se usaron diferentes medidas de frecuencia según el tipo de variable.

**Resultados:** El cuestionario fue rellenado por 392 sanitarios, 71% mujeres. La cefalea descrita en relación con la infección fue principalmente frontal, bilateral, opresiva, de intensidad moderada. Los AINE fueron los fármacos más usados para el tratamiento de la cefalea aguda (43,8%) y en el preventivo los antidepresivos. Únicamente 22 de los 392 pacientes desarrollaron cefalea persistente, de los cuales 18 fue en relación con la infección, con media de HIT-6 de 64. El 64,6% de las dosis administradas correspondieron a Comirnaty, siendo la que presentó tasas más altas de cefalea.

**Conclusión:** La cefalea en relación con la vacunación fue más infrecuente y menos persistente que la cefalea en relación con la infección por SARS-CoV-2, afectando en su mayor parte a mujeres. Las olas de la pandemia que se relacionaron con más casos de cefalea fueron la primera y la sexta.

## 19181. SÍNDROME CLÚSTER-TIC: REVISIÓN A RAÍZ DE UN CASO SECUNDARIO A ICTUS BULBAR

Montero Ramírez, E.; Viguera Romero, F.; Laviana Marín, Á.; Montaner Villalonga, J.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.*

**Objetivos:** El síndrome clúster-tic es una entidad consistente en la combinación de cefalea en racimos y neuralgia del trigémino. A raíz de un caso en nuestra unidad de cefaleas, secundario a un ictus isquémico bulbar, realizamos una revisión del tema.

**Material y métodos:** Mujer de 59 años con HTA, DM2 y AOS que sufre un ictus isquémico posterolateral bulbar izquierdo. Tras el mismo, presenta dos tipos de cefalea concomitante, uno continuo en hemicara izquierda con exacerbaciones de 15 minutos, asociando signos trigémino-autonómicos y otro paroxístico de segundos de dolor neuropático en región malar ipsilateral. Diagnosticada de síndrome clúster-tic secundario a ictus bulbar, procedemos a una revisión del tema.

**Resultados:** Desde su descripción en 1978, se han descrito apenas 40 casos, la mayoría idiopáticos, si bien algunos presentaban causa estructural como compresión venosa trigeminal o esclerosis múltiple. No se han encontrado casos descritos previamente secundarios a ictus bulbar. Todos ellos recibieron tratamiento médico concomitante para ambas entidades y, aquellos refractarios o bien con etiología secundaria, se beneficiaron también de tratamiento quirúrgico. Se desconoce el mecanismo fisiopatológico exacto, si bien se presupone una combinación de alteraciones a nivel del sistema trigémino-vascular, sistema parasimpático, hipotálamo y otras estructuras implicadas, con liberación de moléculas como el CGRP o VIP que terminan por generar dolor y los síntomas trigémino-autonómicos característicos.

**Conclusión:** El síndrome clúster-tic es una entidad poco conocida, con diagnóstico eminentemente clínico y que supone un reto terapéutico, especialmente si no es diagnosticada de forma precoz. Se requieren estudios dirigidos para determinar la fisiopatología exacta subyacente y afinar dianas terapéuticas.

## 19893. NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo CLÁSICA: A VECES ES MEJOR MANTENER LAS DISTANCIAS

Villarreal Miñano, J.<sup>1</sup>; Bea Sintés, M.<sup>1</sup>; Lombardo del Toro, P.<sup>1</sup>; Angerri Nadal, M.<sup>1</sup>; Valín Villanueva, P.<sup>1</sup>; Castell Aulet, J.<sup>2</sup>; Cifra Serra, J.<sup>3</sup>; Sanmillán Blasco, J.<sup>3</sup>; Velasco Fargas, R.<sup>1</sup>; Arroyo Pereiro, P.<sup>1</sup>; Martínez Yélamos, A.<sup>1</sup>; Martínez Yélamos, S.<sup>1</sup>; Prat Rojo, J.<sup>1</sup>; Campoy Díaz, S.<sup>4</sup>; Huerta Villanueva, M.<sup>4</sup>; Muñoz Vendrell, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>2</sup>Servicio de Neuroradiología. Hospital Universitari de Bellvitge;

<sup>3</sup>Neurocirugía. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans.

**Objetivos:** La neuralgia del glossofaríngeo es una entidad poco frecuente y, aunque por su similitud clínica y fisiopatológica con la del trigémino se usan los mismos tratamientos, la evidencia es más escasa especialmente de cara al tratamiento quirúrgico.

**Material y métodos:** Mujer de 65 años, presenta cuadro de dolor neurálgico intraauricular derecho de 7 años de evolución de forma intermitente, alternados con períodos de remisión, y empeoramiento desde hace 6 meses. El dolor es lancinante, quemante, comienza limitado a conducto auditivo externo (CAE) derecho y se irradia hacia región superior del hemipaladar derecho (no afecta lengua ni territorio trigeminal); de pocos segundos de duración, alterno con crisis intensas de mayor duración, con período refractario de pocos segundos. Desencadenado con la deglución, masticar, hablar, movimientos cervicales y en ocasiones al tacto sobre CAE. Niega náuseas, vómitos o fobia a estímulos. No síntomas trigeminoautonómicos. Niega mareos, bradicardia o infecciones auriculares. No otra focalidad asociada. El estudio de neuroimagen inicial fue normal. Probó tratamientos con carbamazepina, oxcarbazepina, lacosamida, eslicarbazepina, baclofeno y clonazepam con mala respuesta y evolución que requirió ingreso.

**Resultados:** Se repitió resonancia magnética cerebral y arteriografía que mostró contacto neurovascular del IX pc derecho con la PICA derecha, provocando un desplazamiento del nervio. Se procedió a realizar descompresión neurovascular, con muy buena respuesta para el control del dolor y permitiendo la desescalada progresiva de fármacos.

**Conclusión:** A pesar de que existe menor evidencia en la literatura sobre la cirugía de la neuralgia del glossofaríngeo clásica, la descompresión microvascular es probablemente una técnica eficaz y recomendada.

### 19761. CEFALEA Y SÍNTOMAS VISUALES EN PACIENTE DE ORIGEN ASIÁTICO

Garay Albizuri, P.<sup>1</sup>; Pérez Gil, D.<sup>1</sup>; Martínez García, B.<sup>1</sup>; Llanes Ferrer, A.<sup>1</sup>; Moreno López, C.<sup>1</sup>; García Alcántara, G.<sup>1</sup>; López Rebolledo, R.<sup>1</sup>; Serrador García, M.<sup>2</sup>; González López, J.<sup>2</sup>; Buisán Catevilla, F.<sup>1</sup>; García Barragán, N.<sup>1</sup>; Masjuan, J.<sup>1</sup>; Zarzar Sanz, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad autoinmune sistémica con afectación de úvea, oído interno, meninges y sistema tegumentario. En su fase aguda, se presenta con un cuadro de coroiditis que puede precederse de sintomatología neurológica y auditiva. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes asiáticos e hispanoamericanos.

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

**Resultados:** Mujer de 38 años de origen chino, sin antecedentes personales de interés. Valorada inicialmente por Oftalmología por visión borrosa bilateral de 48 horas de evolución, con diagnóstico de uveítis y derrames serosos bilaterales. Consultan con Neurología por asociar simultáneamente cefalea opresiva de predominio nocturno, que empeora con el decúbito. Sin fiebre ni otros síntomas. Se realiza punción lumbar, que muestra un líquido con presión de apertura y aspecto normales, con 156 células/mm<sup>3</sup> (leucocitos de predominio linfocitario), 56 mg/dL de glucosa y 54,60 mg/dL de proteínas. Durante el ingreso, se completa el estudio con una RMN craneal, sin alteraciones. Dada la sospecha clínica, se realiza también audiometría, que muestra una hipoacusia neurosensorial leve en frecuencias graves en ambos oídos, a pesar de que la paciente no refería síntomas. Ante la afectación a nivel de retina, sistema nervioso central y oído interno, se diagnostica de enfermedad de VKH. La paciente recibió corticoterapia y posteriormente azatioprina, presentando importante mejoría clínica.

**Conclusión:** La enfermedad de VKH debe sospecharse ante un cuadro de uveítis bilateral asociado a manifestaciones neurológicas, auditivas y dermatológicas. El tratamiento precoz, prolongado y agresivo con inmunosupresores es esencial.

### 18660. CEFALEA TRAS PUNCIÓN DURAL. DESCRIPCIÓN DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Ocaña Mora, B.; Layos Romero, A.; Andrés López, A.; Sánchez Morales, L.; Cuenca Juan, F.; Martínez Fernández, I.; Restrepo Carvajal, L.; González Villar, E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos:** La cefalea tras punción dural (CTPD) es la complicación más frecuentemente asociada a dicha técnica por motivos diagnósticos o terapéuticos. Aparece en los primeros 5 días y típicamente empeora con el ortostatismo. El tratamiento en la mayoría de casos es conservador, recomendándose reposo tras la punción e ingesta de cafeína. En situaciones refractarias puede ser necesario el sellado de la fuga con parche hemático epidural. El objetivo principal del estudio fue conocer la prevalencia de CTPD en un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Análisis de prevalencia de cefalea tras punción dural diagnóstica o anestesia raquídea en un hospital terciario entre los meses de enero de 2016 y agosto de 2022.

**Resultados:** Se identificaron 84 individuos con CTPD, 61 mujeres (72,4%) y 23 hombres (27,4%). Un 35,7% tenían antecedentes de cefalea primaria. En el 69,1% de los casos la cefalea apareció entre las 12 y las 48 horas tras la punción lumbar. La técnica se realizó principal-

mente con fines diagnósticos (65,5%) frente a terapéuticos (34,5%), y se llevó a cabo mayoritariamente en los servicios de Neurología (40%) y Anestesiología (35,7%). El manejo fue conservador en el 60,7% de los sujetos; el 39,3% precisó parche hemático epidural.

**Conclusión:** La CTPD (7.2.1 ICHD-III) se puede presentar hasta 5 días después de una punción lumbar diagnóstica o terapéutica, más frecuentemente en mujeres y con mayor riesgo si existen antecedentes de cefalea primaria. La mayoría de casos se resuelven con medidas conservadoras, pero el parche epidural es de elección en cefalea persistente.

### 18855. VALIDACIÓN EXTERNA DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA

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 Iñiguez, 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:** La predicción de respuesta a las recientes terapias anti-CGRP es un tema de interés en el campo de la migraña. Estudios previos realizados en nuestro grupo han desarrollado una herramienta predictora de respuesta a anticuerpos anti-CGRP utilizando un enfoque basado en técnicas de *machine learning*. El objetivo del presente estudio fue validar esta herramienta y su utilidad en pacientes con migraña crónica (MC) y episódica (ME).

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, de cohorte retrospectivo, con pacientes con migraña procedentes de 9 unidades de cefaleas, diferentes a la cohorte de generación del modelo. Se obtuvo la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) globales y para los distintos grupos.

**Resultados:** Se incluyeron 127 pacientes con migraña, 104 (81,88%) con MC, 108 (85,03%) mujeres y edad media 53,73 (DE 13,84) años. En la valoración del algoritmo de respuesta global superior al 50% a los 6 meses, la S global fue del 78,04% y la E global del 80%. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,790, IC [0,726-0,849] y F1 ponderado de 79% en la cohorte de validación, con un AUC de 0,819, IC [0,762-0,884] y F1 ponderado de 81,88% en MC y AUC de 0,592, IC [0,322-0,842] con F1 ponderado de 68,97% en ME.

**Conclusión:** Nuestro estudio confirma la validez externa del modelo predictivo de respuesta a anti-CGRP en una cohorte distinta a la de generación del algoritmo. La S y E del modelo predictivo fueron mayores en el grupo de pacientes con MC. Futuros modelos podrían mejorar la capacidad predictiva de esta herramienta en los pacientes con ME.

### 19644. DOSIS DE CARGA ÓPTIMA DE LACOSAMIDA Y FENITOÍNA INTRAVENOSAS PARA EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Bea Sintés, M.; Villarreal Miñano, J.; Lombardo del Toro, P.; Tena Cucala, R.; Teixidor Panella, S.; Campoy Díaz, S.; Huerta Villanueva, M.; Martínez Yélamos, A.; Muñoz Vendrell, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

**Objetivos:** El tratamiento de elección para las exacerbaciones agudas de la neuralgia del trigémino no está establecido y, aunque se usan fenitoína o lacosamida por su creciente evidencia, no existe un protocolo de dosis estandarizadas. El objetivo de este estudio es comparar la efectividad y seguridad de lacosamida y fenitoína intravenosas según la dosis de carga.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que recibieron por primera vez fenitoína o lacosamida intravenosas en urgencias de un hospital terciario por exacerbación del dolor. Se establecieron dos grupos de dosis por cada fármaco: 500 mg vs. 1000 mg para fenitoína, y 100 mg vs. 200 mg para lacosamida, y se realizó un análisis comparativo entre ellos. Se excluyeron los pacientes que recibieron otras dosis.

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes: 66 recibieron fenitoína (29, 500 mg y 37, 1.000 mg) y 59 lacosamida (16, 100 mg y 43, 200 mg). Las variables basales fueron similares entre grupos. El alivio del dolor (fenitoína: 82,8% 500 mg vs. 70,3% 1.000 mg; lacosamida: 81,2% 100 mg vs. 79,1% 200 mg) y los efectos adversos (fenitoína: 10,3% 500 mg vs. 18,9% 1.000 mg; lacosamida: 0% 100 mg vs. 2,3% 200 mg) no fueron significativamente diferentes. El tiempo de estancia medio fue menor en los tratados con fenitoína 500 mg respecto a fenitoína 1.000 mg (310 min vs. 561 min,  $p = 0,04$ ), no significativo para lacosamida 100 mg vs. 200 mg (288 min vs. 498 min respectivamente,  $p = 0,06$ ).

**Conclusión:** Las dosis menores de fenitoína y lacosamida intravenosas parecen aportar similar alivio del dolor, con menor tiempo de estancia en urgencias y posiblemente menores efectos adversos.

## 19976. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA RESISTENTE Y MIGRAÑA CRÓNICA RESISTENTE

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

*Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra.*

**Objetivos:** Describir el porcentaje de respuesta clínica a los 24 meses de tratamiento con anticuerpos anti-CGRP y respuesta frente al cambio de anticuerpos en pacientes diagnosticados de migraña episódica de alta frecuencia (ME) y migraña crónica (MC) resistente a tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 96 pacientes. Se analizaron los pacientes que continuaron el tratamiento al menos 2 años. Se incluyeron 27 adultos (23 mujeres), con una edad media de  $40 \pm 25$  años, de los cuales 2 presentaban ME y 25 MC resistente y sin contraindicación para el uso de anticuerpos monoclonales anti-CGRP. Se registraron el número mensual de días de cefalea, de migraña, el cambio a otro grupo de anticuerpos anti-CGRP, así como la respuesta clínica cuantificada como una reducción de al menos el 30% de los días de migraña al mes. Se registraron también los efectos secundarios.

**Resultados:** Se objetivó mejoría clínica en el 67% ( $n = 18$ ), de los cuales 17% eran hombres y 83% eran mujeres. El restante 33% no presentó mejoría. El 59% ( $n = 16$ ) mantuvieron tratamiento con erenumab a los dos años, el 41% ( $n = 11$ ) de los pacientes cambiaron a galcanezumab ( $n = 8$ ) o fremanezumab ( $n = 3$ ). En 7 de cada 11 pacientes presentaron mejoría clínica tras el cambio a galcanezumab o fremanezumab. No se registraron efectos secundarios relevantes, tan solo estreñimiento en un 10% de pacientes.

**Conclusión:** Estos resultados sugieren que un elevado porcentaje de los pacientes con migraña episódica de alta frecuencia y crónica resistente mantienen respuesta clínica a los 24 meses de tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

## Cefaleas P4

### 19496. ANÁLISIS DE LAS COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA EN ESPAÑA. ESTUDIO DE VIDA REAL (2015-2022) EN UNA BASE DE DATOS DE 1.200.000 PACIENTES

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

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

<sup>3</sup>Pfizer; <sup>4</sup>Unidad de Cefalea. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Objetivos:** Analizar las características demográficas y la presencia de comorbilidades de pacientes con migraña en España, con la intención de mejorar su manejo clínico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, realizado a partir de una base de datos de 1,2 millones de historiales médicos electrónicos (3% de la población española). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de migraña realizado de 01/2015-04/2022 y se analizaron diez grupos de comorbilidades, definidas como diagnósticos activos asociados a la población con migraña en el período analizado.

**Resultados:** El 77,8% de los diagnósticos de migraña se observaron en mujeres. Tres de cada cuatro pacientes con migraña tenían entre 19 y 59 años (72,8%). Los pacientes con migraña presentaron una prevalencia de comorbilidades entre 1,2 y 2,2 veces superior a la población general, incluso ajustando por edad y sexo. Las comorbilidades más frecuentemente observadas en pacientes con migraña vs. la población general fueron: dolor crónico (50,8 vs. 29,2%), enfermedades metabólicas (38,6 vs. 28,0%), neuropsiquiátricas (35,0 vs. 16,2%), digestivas (25,4 vs. 14,8%), cardiovasculares (24,5 vs. 20,0%), respiratorias (11,8 vs. 7,5%) y del sueño (11,3 vs. 6,1%). En general, se observó una mayor tasa de comorbilidad en los pacientes que recibieron tratamiento para la migraña en los últimos 24 meses, en comparación con los que no recibían tratamiento.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes con migraña son mujeres en edad laboral con multimorbilidad. La mayor presencia de comorbilidades en el paciente con migraña requiere de un enfoque basado en su identificación y abordaje multidisciplinar.

### 19672. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE COMORBILIDAD Y CARGA INTERICTAL EN PACIENTES CON MIGRAÑA

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

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos:** Analizar la relación entre las comorbilidades asociadas y el valor y características de la carga interictal (CI) 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 con seguimiento a los 3 meses. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas (la CI se determinó mediante la Migraine Interictal Burden Scale-4 y un cuestionario *ad hoc*) al inicio del tratamiento y a los 3 meses.

**Resultados:** Se estudiaron 72 pacientes, 62 mujeres (86%). 15% migraña episódica baja frecuencia; 21% alta frecuencia; 64% crónica. Se recogió el diagnóstico previo de ansiedad (28%), depresión (26,4%), insomnio (25%) y dolor crónico (13,9%). No se observaron diferencias en CI, sintomatología interictal, días de cefalea o consumo de AINE y triptanes entre estas tres primeras comorbilidades. En cambio, en los pacientes con síndrome de dolor crónico, destaca una menor CI inicial (6,72 vs. 11; 10,36; 9,61), menor consumo de triptanes (12,27 vs. 20,68; 18,71; 20,77) y menor efectividad de los mismos (27% vs. 57%;