

la calcitonina (anticuerpos anti-CGRP) en la reducción del número de días de migraña menstrual/mes (MRMD) respecto a la reducción del número de días de migraña/mes (MMD) en mujeres con migraña relacionada con la menstruación (MM).

**Material y métodos:** Estudio longitudinal *post hoc* incluyendo mujeres entre 18-60 años tratadas con anticuerpos anti-CGRP y BTX-A durante 3 meses, comprendiendo en el medio 2 periodos completos de menstruación, entre enero 2020-diciembre 2023. Se recogieron datos demográficos, uso de anticonceptivos hormonales (AH), características de la migraña (incluyendo presencia/ausencia de aura) y efectividad del tratamiento (incluyendo MMD, MRMD) mediante diario electrónico. Se compararon las características y frecuencia de MMD/MRMD antes/después del tratamiento.

**Resultados:** Se analizaron 113 mujeres, con mediana de 39 años (33-45). Un 21,2% (24/113) presentaba migraña con aura; con mediana basal de 11 MMD (7-15) y 7,1 MRMD (7,1-10,7). Un 72,5% (81/113) recibieron anticuerpos anti-CGRP, un 27,7% (31/113) BTX-A, estando un 22,1% (25/113) bajo tratamiento con AH. A los 3 meses de tratamiento se objetivó una reducción del número medio de MMD, sin cambios en los MRMD, resultando en un aumento de la proporción de los MRMD en el ciclo menstrual (MRMD pretratamiento 13,6%; postratamiento 16,7%,  $p = 0,02$ ). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las características de los MRMD entre pacientes con/sin aura, migraña episódica/crónica ni uso activo/inactivo de AH, si bien las pacientes con uso de AH tendían a presentar más MMD.

**Conclusión:** El tratamiento con BTX-A y anticuerpos es efectivo reduciendo los MMD, pero su efecto en la reducción de MRMD resulta limitado.

## 21019. ¿SON LOS NIVELES ELEVADOS DE CGRP-ALFA ESPECÍFICOS DE LA MIGRAÑA CRÓNICA?: ANÁLISIS EN DIFERENTES ENFERMEDADES

Gárate Viñas, G.<sup>1</sup>; González Quintanilla, V.<sup>2</sup>; Pascual Mato, M.<sup>3</sup>; Olmos, J.<sup>4</sup>; Madera Fernández, J.<sup>2</sup>; García Rivero, T.<sup>5</sup>; Rivero, M.<sup>6</sup>; Pascual Gómez, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área de Neurología. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL); <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>5</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>6</sup>Área de Patología de Sistemas. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL).

**Objetivos:** Analizar la especificidad del incremento del CGRP en migraña crónica (MC).

**Material y métodos:** Analizamos niveles de CGRP-alfa en enfermedades en las que el CGRP puede poseer un rol fisiopatológico más allá de la migraña, como enfermedades autoinmunes, infecciones con respuesta hiperinmune y eventos vasculares. Así, reclutamos sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pacientes ingresados por COVID-19, pacientes con infarto de miocardio (IAM) en fase aguda, e individuos con MC sin anti-CGRP. Cada grupo se pareó por edad y sexo con su correspondiente grupo control. Los niveles del CGRP-alfa se determinaron mediante ELISA con kit de ABBEXA en suero de sangre periférica.

**Resultados:** Al igual que la MC ( $n = 174$ ;  $55,1 \pm 35,7$  pg/ml), tanto los grupos de pacientes con EII ( $n = 96$ ;  $61,3 \pm 39,7$  pg/ml), COVID-19 ( $n = 52$ ;  $57,9 \pm 35,8$  pg/ml) y sobre todo aquellos con IAM ( $n = 26$ ;  $96,0 \pm 77,4$  pg/ml) presentaron niveles del péptido elevados versus sus grupos control ( $45,2 \pm 27,5$  pg/ml,  $p < 0,01$ ;  $45,9 \pm 28,0$  pg/ml,  $p < 0,01$ ;  $41,8 \pm 25,4$  pg/ml,  $p < 0,01$ ;  $46,7 \pm 26,3$  pg/ml,  $p < 0,001$ ; respectivamente). En los pacientes de EII, el incremento fue mayor en aquellos individuos que presentaban historial de migraña ( $73,0 \pm 27,9$  pg/ml;  $p < 0,001$ ). Los niveles de los pacientes con IAM fueron significativamente superiores a los de MC ( $p < 0,00001$ ) y se normalizaron ( $45,1 \pm 26,7$  pg/ml) tras el evento vascular.

**Conclusión:** La elevación descrita de CGRP-alfa en MC es parcialmente inespecífica al existir enfermedades en las que podría estar involucrado en su fisiopatología y en las que también se eleva el CGRP-alfa. La presencia de estas comorbilidades ha de ser tenida en cuenta al interpretar los niveles de CGRP en pacientes con MC. Financiado con fondos de los proyectos PI20/01358 y PMP22/00183.

## 21048. PROTOCOLO DE TOXINA TIPO A PARA MIGRAÑA CRÓNICA SIN ALTERACIÓN ESTÉTICA. FACELESS INJECTION PARADIGM STUDY (FLIPAS)

Rodríguez Vico, J.; Jaimes Sánchez, A.; Gómez García, A.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz.

**Objetivos:** La principal queja de los pacientes con migraña crónica (MC) en tratamiento con *onabotulinum toxin A* (onabotA), es estética. Presentamos los resultados de eficacia de los primeros 13 pacientes tratados con una modificación del paradigma PREEMPT que deja intactos los puntos frontales faciales.

**Material y métodos:** Describimos pacientes con MC y migraña episódica de alta frecuencia (HFEM) bajo tratamiento preventivo con onabotA que acudieron a nuestra Unidad de Cefaleas desde enero de 2023 hasta enero de 2024. Seleccionamos aquellos que optaron por evitar los puntos faciales frontales. Se registraron las razones y se comparó el promedio de 6 meses de días de dolor de cabeza mensual (MHD) antes (bmHD), durante el paradigma estándar onabotA PREEMPT (dmHD) y después, con el paradigma sin rostro (fmHD).

**Resultados:** 22 pacientes se sometieron al Paradigma Sin Rostro en nuestra Unidad de Cefalea. Se analizaron los datos completos de 13 pacientes. Edad  $54,6 \pm 11,6$ ; CM 12 (92,3%); HFEM 1 (7,7%). Mujer (92,3%); hombres 1 (7,7%). bmHD media  $18,2 \pm 8,5$ ; dmHD media  $8,2 \pm 5,4$ ; fmHD medios  $6,5 \pm 3,4$ . Ambos protocolos parecen ser efectivos. El promedio de fmHD es más bajo que el de dmHD. La prueba *t* de Student muestra un  $p < 0,001$ .

**Conclusión:** El número de pacientes sigue siendo bajo, pero entendemos que este paradigma es tan efectivo como el estandarizado sin ningún cambio en la expresión facial. Los pacientes con onabotA para MC podrían tener una opción mejorada que ofrecería la misma eficacia sin un efecto secundario preocupante. Otros resultados con mayor número de pacientes confirmarán nuestra hipótesis.

## 21135. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL LASMIDITÁN: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO

Ros González, I.<sup>1</sup>; Quintas Gutiérrez, S.<sup>2</sup>; Riesgo Pérez, N.<sup>3</sup>; Álvarez Escudero, M.<sup>3</sup>; Venegas Pérez, B.<sup>3</sup>; Fernández Fernández, S.<sup>4</sup>; Obach, V.<sup>4</sup>; Fabregat Fabra, N.<sup>4</sup>; Raña, N.<sup>5</sup>; Castrillo Sanz, A.<sup>6</sup>; Huerta Villanueva, M.<sup>7</sup>; Muñoz Vendrel, A.<sup>8</sup>; Campoy, S.<sup>7</sup>; Velasco Juanes, F.<sup>9</sup>; Rodríguez Vico, J.<sup>10</sup>; Guisado Alonso, D.<sup>11</sup>; Recio Bermejo, M.<sup>12</sup>; Morales, C.<sup>13</sup>; Sánchez Huelva, A.<sup>14</sup>; Díaz de Terán, J.<sup>15</sup>; Mínguez, A.<sup>16</sup>; Camiña Muñoz, J.<sup>17</sup>; González Fernández, L.<sup>18</sup>; Álvarez Álvarez, M.<sup>18</sup>; Muñoz, A.<sup>19</sup>; Layos, A.<sup>20</sup>; Andrés López, A.<sup>20</sup>; Gago Veiga, A.<sup>2</sup>; Temprano, T.<sup>18</sup>; González Martínez, A.<sup>21</sup>; Reguera, A.<sup>22</sup>; García Ull, J.<sup>23</sup>; Jaimes, A.<sup>10</sup>; Echevarría Urabayen, A.<sup>24</sup>; Ruisánchez Nieva, A.<sup>25</sup>; Santos, S.<sup>26</sup>; López Cuiña, M.<sup>12</sup>; Treviño, C.<sup>27</sup>; Puiggròs, E.<sup>28</sup>; Guerrero Peral, Á.<sup>1</sup>; Sierra Mencía, Á.<sup>1</sup>; Recio García, A.<sup>1</sup>; González Osorio, Y.<sup>29</sup>; Arroyo Martín, C.<sup>30</sup>; García Azorín, D.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

<sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario A Coruña; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia; <sup>7</sup>Servicio de Neurología.

Hospital Universitari de Bellvitge/Hospital de Viladecans; <sup>8</sup>Servicio

de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>9</sup>Servicio de