

20754. PROTEÍNA ÁCIDA FIBRILAR GLIAL Y NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA SÉRICOS COMO BIOMARCADORES DE DAÑO AXONAL EN MIGRAÑA CRÓNICA

Freixa Cruz, A.¹; Andrés Benito, P.²; Gil Sánchez, A.³; Juanes Casado, A.³; Nieve Sánchez, C.¹; Pérez Girona, L.¹; Canudes Solans, M.³; Peralta Moncusi, S.¹; Brieva Ruiz, L.¹; Purroy, F.¹; Povedano Panades, M.²; González Mingot, C.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ²Área de Neurociencias. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL); ³Área de Neurociencias. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida).

Objetivos: La migraña se ha considerado históricamente como una entidad benigna no relacionada con el daño neuronal. Con el objetivo de evaluar si existe lesión axonal y astrogliosis reactiva nos proponemos medir los niveles intercrisis de neurofilamentos de cadena ligera (sNFL) y de proteína ácida fibrilar glial (GFAP) en suero de pacientes con migraña crónica (MC) y compararlo con controles sanos. Secundariamente, analizaremos si estos biomarcadores se modifican a los 3 meses del tratamiento preventivo.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional de cohortes que incluyó pacientes con MC recogidos consecutivamente en nuestro centro hospitalario entre 2017-2020. Se determinaron los niveles de sNFL y GFAP con SiMoA y se correlacionaron con parámetros clínicos en situación basal y a los 3 meses de seguimiento. Se realizó posteriormente el análisis estadístico comparativo entre grupos con SPSS.

Resultados: Se incluyeron un total de 42 sujetos con MC y 18 controles sanos apareados por edad. Se han encontrado diferencias significativas en los niveles de ambos biomarcadores entre grupos con valores de $p < 0,001$ [media (\pm DE)]: sNFL [grupo MC 6,69 (\pm 2,56); control 4,53 (\pm 2,33)], GFAP [grupo MC 94,44 (\pm 30,85); control 48,29 (\pm 32,42)]. Los niveles de GFAP y sNFL también mostraron una disminución a los 3 meses de tratamiento preventivo sin llegar a la significación estadística. **Conclusión:** Los pacientes con MC presentan niveles aumentados significativamente de GFAP y sNFL respecto a controles, hecho que apoya la existencia de daño axonal. En nuestra muestra, ambos biomarcadores muestran una disminución a los 3 meses de tratamiento preventivo aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

20287. LA IMPORTANCIA DEL DISEÑO DE ESTUDIO Y LA METODOLOGÍA EN LAS MEDICIONES DE CGRP: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Gárate Viñas, G.¹; González Quintanilla, V.²; Pascual Mato, M.³; Madera Fernández, J.²; Muñoz San Martín, M.¹; Pascual Gómez, J.²

¹Área de Neurociencias. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL); ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ³Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: Analizar la influencia de diferentes parámetros en las mediciones de CGRP.

Material y métodos: Empleando una seroteca de 399 individuos testamos la validez y reproducibilidad de 4 kits de ELISA de CGRP; la influencia del tiempo de procesado y almacenamiento de las muestras; y el efecto del ejercicio previo a la extracción. Evaluamos también la influencia de la edad y el sexo en los niveles del péptido.

Resultados: El rango de concentraciones se mostró dependiente del kit empleado. Los niveles de CGRP no disminuyeron durante las primeras 24 horas al permanecer refrigerados (4 °C) ($n = 6$; alfa t0: $29,2 \pm 20,6$ pg/ml, t24: $30,2 \pm 19,6$ pg/ml, $p = 0,69$, beta t0: $4,6 \pm 1,6$ pg/ml, t24: $4,4 \pm 1,8$ pg/ml, $p = 0,99$). La práctica de ejercicio moderado tampoco alteró las concentraciones (alfa: $31,0 \pm 19,0$ pg/ml, $p = 0,4$; beta: $4,8 \pm 1,7$ pg/ml, $p = 0,3$). Muestras reanalizadas tras más de 6 meses de almacenamiento (-80 °C)

mostraron niveles reducidos ($n = 11$, $p < 0,01$ ambas isoformas). El CGRP-alfa no correlacionó con la edad ($p = 0,3$) pero estaba más elevado en hombres ($p < 0,01$). El CGRP-beta correlacionó positivamente con edad ($p < 0,01$) y no mostró diferencias entre sexos.

Conclusión: Se requieren validaciones internas de los kits de ELISA, así como especificar la isoforma del péptido, ya que poseen comportamientos diferentes. Las muestras preservan el contenido de CGRP durante las primeras 24 horas si se mantienen refrigeradas y almacenamientos > 6 meses resultan en una pérdida de la molécula. El ejercicio moderado no altera los niveles de CGRP. Estos factores han de ser considerados a la hora de realizar determinaciones de CGRP, especialmente al valorar su posible rol como biomarcador para la migraña.

21623. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRAÑA RELACIONADA CON LA MENSTRUACIÓN (MRM) EN ESPAÑA. DATOS DE LA NATIONAL HEALTH & WELLNESS SURVEY (NHWS)

González García, M.¹; González-Oria, C.²; Bravo García, A.³; Armada Peláez, B.³; Pozo-Rosich, P.⁴

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ³Departamento médico. Pfizer; ⁴Unidad de Cefaleas. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Analizar la prevalencia, discapacidad y tratamiento de la migraña relacionada con la menstruación (MRM) en España.

Material y métodos: Análisis de los datos españoles de la encuesta NHWS 2022. Se calculó la prevalencia de MRM entre la población de mujeres y en premenopáusicas (18-39 o 40-55 años con sangrado menstrual regular o irregular). Se recogieron sus frecuencias de migraña, discapacidad mediante la Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) y el tratamiento de sus crisis.

Resultados: De los 3,6 millones de mujeres diagnosticadas de migraña, 57% son premenopáusicas y de ellas, 58% (1,2 millones) estaban diagnosticadas de MRM, lo que indica una prevalencia de MRM diagnosticada del 5,9%. Comparadas con las mujeres con migraña no menstrual, las mujeres con MRM presentaron una frecuencia similar tanto en días de migraña ($3,7 \pm 5,37$ vs. $2,77 \pm 4,58$) como en días de cefalea al mes ($7,23 \pm 6,81$ frente a $5,95 \pm 5,97$), pero se observó una mayor discapacidad de moderada a grave en la MRM (46,33% frente a 34,25%). Las mujeres con MRM tuvieron un mayor uso de tratamientos prescritos para la migraña (68,04 vs. 55,62%) siendo los más utilizados los antiinflamatorios no esteroideos (69,78% vs. 60,26%), triptanes (30,55 vs. 31,03%) y opioides (18,39 vs. 14,12%). Se observó un mayor riesgo de uso excesivo de medicación en mujeres con MRM (23,66 vs. 15,12%).

Conclusión: 1,2 millones de mujeres en España sufren MRM, que se asocia a mayor consumo de fármacos sintomáticos y mayor discapacidad. Esta mayor gravedad requiere un diagnóstico preciso y un óptimo manejo de la MRM.

Cefaleas III

21187. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON EPTINEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA DE UNA UNIDAD DE CEFALEAS DE UN HOSPITAL TERCARIO

Franco Rubio, L.; Aldaz Burgoa, A.; López Trashorras, L.; Rodríguez Albacete, N.; Abizanda Saro, P.; Malaret Segurado, M.; Maruri Pérez, A.; Gutiérrez Bedía, P.; Ortega Macho, J.; Obregón Galán, J.; Cabrera García, E.; Porta-Etessam, J.; González García, N.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: El eptinezumab es un anticuerpo monoclonal (AM) humanoizado contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) intravenoso trimestral indicado como tratamiento preventivo en pacientes con mínimo cuatro crisis de migraña mensuales. Nuestro objetivo es analizar la eficacia y seguridad en pacientes refractarios a dos o tres AM anti-CGRP (erenumab, galcanezumab, fremanezumab).

Material y métodos: Se analizan 30 pacientes con migraña crónica (MC) (86% mujeres, media 47 años). Todos habían fracasado al tratamiento previo con mínimo dos AM anti-CGRP y el 10% a tres. Se recogen frecuencia e intensidad del dolor, efectos adversos, mejoría subjetiva, y escalas de ansiedad y depresión (HADS) e impacto en calidad de vida (HIT-6; MIDAS).

Resultados: El 24% de los pacientes redujo al menos un 50% el número de cefaleas al mes y el 10% las redujo en 25-50%. El 20% presentó disminución del 50% de intensidad de dolor desde la infusión y la mitad la mantuvo en tres meses. El 27% redujo un 25-50% la intensidad de sus crisis desde la infusión, y 75% lo mantuvo en tres meses. El 46% percibió mejoría subjetiva. Esto redujo dos puntos de media en la escala HIT, pero no observamos cambios estadísticamente significativos en las escalas HADS y MIDAS. Respecto a efectos adversos, solo un paciente presentó broncoespasmo.

Conclusión: En pacientes con MC refractaria a más de 2 AM anti-CGRP, el eptinezumab redujo de forma significativa la frecuencia de migrañas y la intensidad, desde la infusión y a los 3 meses. La mitad confirmaron mejoría con el tratamiento. La mayoría no presentaron efectos adversos.

20474. EL SWITCH DE ANTI-CGRP EN MIGRAÑA PUEDE BENEFICIAR A UN 25% DE LOS PACIENTES QUE NO RESPONDEN AL PRIMER FÁRMACO: ESTUDIO RETROSPETIVO DE 82 CASOS

Muñoz Vendrell, A.¹; Campoy, S.²; Campdelacreu, J.¹; Termens, L.¹; Prat, J.¹; Huerta Villanueva, M.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ²Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans.

Objetivos: Tras fracaso de un primer anticuerpo monoclonal anti-CGRP (anti-CGRP MAb), ya sea contra el receptor (CGRP-R: erenumab) o contra el ligando (CGRP-L: galcanezumab o fremanezumab), no hay evidencia sólida sobre el beneficio de cambiar a otro.

Material y métodos: Estudio observacional con pacientes que cambiaron a un segundo MAb y con al menos 3 meses de seguimiento. Se analizaron características basales y respuesta a los 3 meses, evaluando el porcentaje de respondedores $\geq 30\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 75\%$. Secundariamente, se evaluaron la reducción de días de migraña al mes (DMM), tasa de discontinuación y diferencias según subgrupos.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes (edad $49,9 \pm 11,7$ años, 86,6% mujeres). El 84,1% tenían migraña crónica, y la mediana de DMM era de 16 (RIC 12-24). El 53,7% cambió de CGRP-R a CGRP-L, el 37,8% de CGRP-L a CGRP-R y el 8,5% entre CGRP-L, principalmente por ineficacia (90,2%). A los 3 meses, el 24,4% mostraron una reducción de $\geq 30\%$, el 11% una reducción de $\geq 50\%$ y el 3,7% una reducción de $\geq 75\%$. La mediana de reducción en DMM fue de 0 (RIC -2-4). No hubo diferencias significativas según subgrupos de migraña episódica o crónica, ni según el tipo de switch. El 79,3% continuaron con el nuevo MAb, y el 20,7% suspendieron el tratamiento (94,1% por ineficacia).

Conclusión: Cambiar a un segundo anti-CGRP MAb tras el fracaso del primero puede resultar en una reducción de $\geq 30\%$ en la frecuencia de cefaleas en una cuarta parte de los casos, y de $\geq 50\%$ en un 10%.

20714. PERSISTENCIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN MIGRAÑA REFRACTARIA

Garrido Hernández, T.; García Ruiz, B.; Andrade Zumárraga, L.; Martínez Simón, J.; Perea Justicia, P.; Arjona Padillo, A.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivos: a) Evaluar la persistencia a largo plazo (3 años) de anticuerpos monoclonales (AMC) anti-CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina), en una cohorte de pacientes con migraña refractaria a terapias previas. b) Determinar el porcentaje de pacientes que mantienen el mismo AMC anti-CGRP inicial después de 3 años. c) Analizar las causas de no persistencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó a pacientes mayores de 18 años atendidos en consulta por cefaleas refractarias. Los participantes tenían diagnóstico de migraña crónica o episódica y comenzaron tratamiento con AMC anti-CGRP entre febrero de 2020 y mayo de 2021, acorde a los criterios aprobados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Se realizó un seguimiento mínimo de 3 años.

Resultados: 100 pacientes (81% mujeres y 19% hombres); edad media 51,8 (DT 11,26) años; 88% presentaron migraña crónica y 12% migraña episódica. 58% comenzaron con erenumab 70, 39% con galcanezumab y 3% con fremanezumab. 66% continúa con AMC anti-CGRP y 34% lo suspende. Motivos de no persistencia: 3 pacientes no recurrieron tras una primera suspensión a los 12-18 meses, 4 pendientes de evolución tras segunda/tercera suspensión, 5 por efectos secundarios, 13 por ineficacia y 9 por razones desconocidas. De 66 pacientes que permanecen con AMC, 37 continúan con el mismo tratamiento inicial y 29 tienen un AMC diferente al inicial.

Conclusión: En un seguimiento de 3 años, un elevado porcentaje de pacientes con migraña crónica o episódica permanecen aún con AMC anti-CGRP, aunque en muchos casos se requiere una modificación de la terapia inicial.

21052. ¿PODEMOS PREDICIR LA RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN FUNCIÓN DE LA RESPUESTA PREVIA A TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA?

Garcés Pellejero, M.; López Gata, L.; Olea Ramírez, L.; Barneto Clavijo, A.; García Gorostiaga, I.; Duarte Martín, J.; Morales Bacas, E.; Portilla Cuenca, J.; Casado Naranjo, I.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Objetivos: Evaluar la influencia de la respuesta a onabotulinumtoxina A (TBA) en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales anti-CGRP (mAbs) tras fallo de TBA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 85 pacientes con migraña crónica (MC) o episódica de alta frecuencia (MEAF) que transicionaron de TBA a mAbs. Recogimos variables sociodemográficas, preventivos, días de cefalea y migraña al mes (DMM), administraciones de TBA, MIDAS e HIT-6. Analizamos eficacia del mAbs, definida como reducción mayor o igual 50% de DMM a 3, 6, 9 y 12 meses desde el inicio del tratamiento. El objetivo primario evaluó el impacto de la eficacia previa a TBA sobre la respuesta al mAbs, diferenciando dos grupos en función de la respuesta a TBA (definida como reducción mayor o igual 50% de DMM en la tercera administración). Un subanálisis estudió dicho impacto en aquellos con reducción mayor o igual al 75% y 100% de DMM con mAbs.

Resultados: Del total de la cohorte, 23,5% respondieron favorablemente a TBA, siendo el 100% pacientes con MC. En no respondedores; 78% MC y 21,5% MEAF ($p = 0,023$). La eficacia a mAbs en respondedores vs. no respondedores a TBA fue del 68,8 vs. 57,7% ($p = 0,43$) en el tercer, 82,4 vs. 67,4% ($p = 0,25$) en el sexto, 66,7 vs. 81,1% ($p = 0,26$) en el noveno y 75 vs. 85,7% ($p = 0,47$) en el duodécimo mes, respectivamente. En el subanálisis tampoco se observaron diferencias.

Conclusión: No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el impacto de la respuesta al tratamiento previo con TBA sobre la eficacia de los mAbs.