

**Material y métodos:** Análisis de supervivencia en pacientes tratados con AMC A-CGRP, definiendo como evento una disminución  $\geq 50\%$  en la frecuencia de cefaleas. Se empleó el modelo de Kaplan-Meier para estimar la función de supervivencia, la probabilidad acumulada e instantánea de respuesta. Se realizó una regresión de Cox para evaluar el impacto de covariables clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 462 pacientes, 358 (77,5%) con migraña crónica, 401 (86,8%) mujeres. La mediana de edad fue 48 años (RI: 41-56). La probabilidad acumulada de respuesta aumentó del 36,1% (IC95% 31,6-40,4) en el primer mes a 72% (IC95% 66,7-76,6) a los 12 meses. La probabilidad mensual de respuesta disminuyó de 36,1% (IC95% 31,6-40,4) en el primer mes a 7,8% (IC95% 7,7-7,8) en el tercer mes, permaneciendo inferior al 5% a partir del cuarto mes. En el análisis multivariante la probabilidad de respuesta aumentó con las variables dolor hemisférico 33,25% (IC95% 2,4-73,4) y fotofobia 64,3% (IC95% 7,1-51,9), disminuyendo con migraña crónica 31,6% (IC95% 11-47%), sexo masculino 36,2% (IC95% 6,1-56,7), número de preventivos previos 4,8% (0,4-9,0) y cefaleas basales 0,18% (0,01-0,34);  $p < 0,001$ .

**Conclusión:** La mayor probabilidad de respuesta a AMC A-CGRP se observó durante el primer trimestre, siendo influenciada por factores como el tipo de migraña. Aunque es posible obtener una respuesta posteriormente, las probabilidades son muy bajas, haciendo recomendable considerar un cambio de tratamiento, salvo que sea la última línea terapéutica.

### 20883. ESTUDIO-ESTELA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA A LARGO PLAZO CON ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE CALCITONINA (ANTI-CGRP)

Somovilla García-Vaquero, A.<sup>1</sup>; Fernández Lázaro, I.<sup>1</sup>; González-Martínez, A.<sup>1</sup>; Díaz de Terán, J.<sup>2</sup>; Portocarrero, L.<sup>2</sup>; Latorre, G.<sup>3</sup>; Calle de Miguel, C.<sup>3</sup>; Porta-Etessam, J.<sup>4</sup>; Cuadrado, M.<sup>4</sup>; González, N.<sup>4</sup>; Guerrero, A.<sup>5</sup>; García Azorín, D.<sup>5</sup>; González Osorio, Y.<sup>5</sup>; Martín Ávila, G.<sup>6</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>6</sup>; Rodríguez Vico, J.<sup>7</sup>; Jaimes, A.<sup>7</sup>; Gómez García, Á.<sup>7</sup>; Treviño, C.<sup>8</sup>; Sánchez del Río, M.<sup>9</sup>; Lozano Ros, A.<sup>10</sup>; Sánchez Soblecher, A.<sup>10</sup>; Urriaga Valle, S.<sup>11</sup>; González Salas, M.<sup>11</sup>; Rivera, E.<sup>12</sup>; Gago-Veiga, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional.

**Objetivos:** Los anticuerpos anti-CGRP han demostrado que son efectivos y seguros en práctica clínica real; si bien las guías actuales recomiendan discontinuarlos tras 12-18 meses por falta de datos a largo plazo. Este estudio evalúa su efectividad y seguridad en pacientes con migraña tratados con anticuerpos anti-CGRP durante al menos 2 años.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo en una cohorte de 13 Unidades de Cefaleas. Se incluyeron pacientes en tratamiento activo con el mismo anticuerpo anti-CGRP durante  $\geq 2$  años, sin contabilizar los períodos de discontinuación. Se describieron características basales, variables de respuesta terapéutica: días con cefalea (DCM) y/o migraña (DMM) mensuales basales, a 6 meses, 1, 2, 3 y 4 años; y efectos adversos (EA).

**Resultados:** Se incluyeron 456 pacientes, 91% mujeres, edad media 48 (DE: 9,9), 72% con migraña crónica, con 7 preventivos previos (RIQ: 5-7), tratadas con 39% erenumab, 34% galcanezumab y 27% fremanezumab; 57% ininterrumpidamente y 43% con reintroducción. Se demostró una reducción sostenida respecto a valores iniciales en los DCM: 20 (DE: 8,8) vs. 8 (DE: 8,1), 9 (DE: 9,2), 8 (DE: 9,2); los DMM: 14 (DE: 6,7) vs. 5 (DE: 5,2), 5 (DE: 6), 4 (DE: 5); y el uso excesivo de

medicación se redujo del 78,4% al 13%, 20% y 18% tras 2, 3 y 4 años, respectivamente. Únicamente el 7% (31/456) experimentó pérdida de eficacia tras 2 años. Los EA fueron infrecuentes ( $< 20\%$ ) y principalmente leves ( $> 80\%$ ); conllevando una interrupción únicamente en el 1,7%. **Conclusión:** Los resultados sugieren que los anticuerpos anti-CGRP son efectivos y seguros a largo plazo, logrando una respuesta terapéutica mantenida sin evidencia de EA significativos. Estos hallazgos podrían influir en las recomendaciones sobre la duración óptima del tratamiento.

### 20107. ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA REFRACTARIA: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y ANÁLISIS DE CONECTIVIDAD

Morollón Sánchez-Mateos, N.<sup>1</sup>; Aibar Durán, J.<sup>2</sup>; Belvis Nieto, R.<sup>1</sup>; González Aranceta, N.<sup>3</sup>; Mirapeix, R.<sup>4</sup>; Piella Fenol, G.<sup>3</sup>; Borrell Pichot, M.<sup>1</sup>; Roig Arsequell, C.<sup>2</sup>; Seijo Fernández, F.<sup>5</sup>; Rodríguez Rodríguez, R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

<sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

<sup>3</sup>Facultad de Ingeniería. Universidad Politécnica de Barcelona;

<sup>4</sup>Departamento de Anatomía Humana. Universidad Autónoma de Barcelona; <sup>5</sup>Servicio de Neurocirugía. Centro Médico de Asturias.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar la respuesta a largo plazo de la estimulación cerebral profunda (ECP) en pacientes con cefalea en racimos crónica refractaria (CRCR), además de identificar el área óptima y realizar análisis de imágenes conectómicas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con CRCR tratados con ECP. Los datos demográficos y clínicos se registraron preoperatoriamente y a los 3, 6, 12 y 24 meses. La variable principal de respuesta al tratamiento fue la reducción de la carga de cefalea (CC), clasificándose en pobre (reducción  $< 30\%$ ), parcial (reducción 30-50%) o alta (reducción  $> 50\%$ ). Se realizaron análisis del punto óptimo y conectómico para identificar las áreas cerebrales más correlacionadas con la reducción de la CC e identificar las redes estructurales involucradas.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, con edad media de 42,4 ( $\pm 10,7$ ) años y duración media de la cefalea de 8 ( $\pm 5,75$ ) años. Las puntuaciones de CC disminuyeron significativamente desde el inicio hasta el mes 24 (424,22 frente a 146,33,  $p = 0,001$ ). En la mayoría de los pacientes ( $n = 8$ , 57,2%), la CC se redujo en un 50%. Los otros seis pacientes mostraron una respuesta parcial ( $n = 3$ , 21,4%) o pobre ( $n = 3$ ; 21,4%). El punto óptimo fue el área tegmental ventral lateral. El análisis conectómico apuntó a la implicación de los tractos corticorrubrales.

**Conclusión:** La ECP es efectiva a largo plazo en una proporción sustancial de pacientes con CRCR. El área tegmental ventral lateral fue identificada como el mejor objetivo para esta indicación, con la probable participación de los tractos corticorrubrales.

### 20633. SAFE-CGRP STUDY: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTI-CGRP EN PACIENTES CON COMORBILIDADES RELEVANTES O EXCLUIDAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

Sanabria Gago, C.<sup>1</sup>; Fernández Lázaro, I.<sup>1</sup>; González Martínez, A.<sup>1</sup>; Heredia Rodríguez, P.<sup>1</sup>; Sánchez Soblecher, A.<sup>2</sup>; Lozano Ros, A.<sup>2</sup>; Luque Buzo, E.<sup>2</sup>; González Osorio, Y.<sup>3</sup>; Guerrero Peral, A.<sup>3</sup>; García Azorín, D.<sup>3</sup>; Latorre González, G.<sup>4</sup>; Calle de Miguel, C.<sup>4</sup>; Toledo Alfocea, D.<sup>5</sup>; Casas Limón, J.<sup>6</sup>; Urriaga Valle, S.<sup>7</sup>; González Salas, M.<sup>7</sup>; Martín Ávila, G.<sup>8</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>8</sup>; Pascual Gómez, J.<sup>9</sup>; González Quintanilla, V.<sup>9</sup>; Madera Fernández, J.<sup>9</sup>; Polanco Fernández, M.<sup>9</sup>; Rodríguez Vico, J.<sup>10</sup>; Jaimes Sánchez, A.<sup>10</sup>; Gómez García, A.<sup>10</sup>; Cuadrado Pérez, M.<sup>11</sup>; Gago Veiga, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio