

ansiedad en los días de cefalea ($pM3 = 0,005$, $pM6 = 0,048$), uso de AINE ($pM3 = 0,001$; $pM6 = 0,009$), escalas MIDAS ($pM3 = 0,013$; $pM6 = 0,005$) y PGIC ($pM3 = 0,022$; $pM6 = 0,025$) y aquellos con depresión, en consumo de AINE ($pM3 = 0,002$), escalas HIT-6 ($pM3 = 0,002$), MIDAS ($pM3 = 0,035$; $pM6 = 0,010$) y PGIC ($pM3 = 0,002$; $pM6 = 0,006$).

Conclusión: El fremanezumab es efectivo, reduciendo días de cefalea y migraña al mes, consumo de AINE y triptanes mensuales, así como su impacto. No encontramos diferencias entre los distintos SSC respecto a respuesta, pero sí entre pacientes con MC, MEAF, y aquellos con comorbilidad psiquiátrica.

20723. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA CEFALEA EN ICTUS ISQUÉMICO DE TERRITORIO POSTERIOR DURANTE Y TRAS LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Yugueros Baena, B.; Menéndez Albarracín, A.; Rabaneda Lombarte, N.; Flores Pina, B.; Paré Curell, M.; Pérez de la Ossa Herrero, N.; Dorado Bouix, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: El ictus isquémico de territorio posterior es un factor de riesgo para presentar cefalea en fase aguda, pero los datos son escasos en cuanto a su persistencia en fases subaguda y crónica. Nuestro objetivo es determinar la incidencia de cefalea persistente posictus de territorio posterior y analizar sus características y repercusión funcional.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con ictus isquémico de territorio posterior ingresados en nuestro centro. Se realizaron visitas presenciales los días 1 y 7 y telefónicas los días 30 y 90 posictus para interrogar cefalea de nueva aparición, sus características clínicas e impacto (HIT-6).

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes entre marzo de 2023 y marzo de 2024, 21 (33,1%) mujeres, con mediana de edad 65,5 años; 28 (45,2%) presentaban cefalea previa (35,7% migraña sin aura; 7,1% migraña con aura; 39,3% tensional) y 27 (43,5%) presentaron cefalea al debut del ictus. Durante el seguimiento, (29/62) 46,8% presentaron cefalea persistente a los 7 días; (15/51) 29% al mes (mediana HIT-6 39) y (12/48) 25% a 3 meses (mediana HIT-6 40). El sexo femenino se asoció de forma significativa con la presencia de cefalea persistente al 1 y 3 meses posictus. En los pacientes con cefalea persistente, el fenotipo tensional fue el más frecuente (73,3% al mes y 63,6% a los 3 meses).

Conclusión: Un 29 y 25% de los pacientes con ictus de territorio posterior presentan cefalea persistente 1 y 3 meses posictus, respectivamente, mayormente de características tensionales y con escaso impacto en la vida diaria. El sexo femenino se asocia de forma significativa a cefalea persistente posictus.

21430. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA CEFALEA EN RACIMOS CON LASMIDITÁN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez García, P.; Gómez Ontañón, E.; González Coello, V.; Castelló López, M.; Rodríguez Vallejo, A.; Ríos Cejas, M.; Florido Capilla, T.; Rodríguez Martín, S.; Jiménez Barreto, A.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente de 51 años de edad diagnosticado de una cefalea en racimos al que se prescribió tratamiento sintomático con lasmiditán.

Material y métodos: Análisis de la historia clínica y revisión de la literatura.

Resultados: Varón de 51 años de edad, fumador y diagnosticado en marzo de 2024 de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST inferolateral, tratado mediante fibrinólisis y angioplastia, que a principios de abril acudió a urgencias presentando un dolor de localización hemicraneal derecho estricto de inicio periocular e irradiado hacia región posterior, punzante, de intensidad ultragrave, asociando foto-sonofobia, inquietud psicomotriz, ptosis palpebral,

inyección conjuntival y miosis ipsilaterales de hasta una hora de duración y con excelente respuesta a la oxigenoterapia a alto flujo. Tras descartar causas secundarias, se diagnosticó de cefalea en racimos, iniciándose tratamiento preventivo con topiramato. Asimismo, ante la ausencia de disponibilidad de oxigenoterapia domiciliaria y la contraindicación del uso de triptanes, se planteó la posibilidad de utilizar lasmiditán a dosis de 200 mg para el tratamiento sintomático. El paciente reportó una excelente respuesta al tratamiento, logrando la remisión del dolor en pocos minutos, aunque asociando como efecto secundario la presencia de alucinaciones visuales autolimitadas en menos de una hora.

Conclusión: El lasmiditán puede ser una alternativa terapéutica efectiva en los pacientes con cefalea en racimos, especialmente en aquellos con contraindicación para el uso de triptanes o sin disponibilidad de oxigenoterapia domiciliaria.

20064. STROKE MIMIC POR SÍNDROME DE CEFALEA TRANSITORIA CON DÉFICITS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS Y PLEOCITOSIS EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (HANDL)

Cisneros Llanos, J.; Velayos Galán, A.; Domingo Santos, A.; Martín Álvarez, R.; Rodado Mielles, S.; Calvo Anzola, M.; Rambalde, E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

Objetivos: El síndrome de cefalea transitoria con déficits neurológicos asociados y pleocitosis en líquido cefalorraquídeo (HaNDL) es una entidad autolimitada y benigna, que cursa con episodios de focalidad neurológica deficitaria de varias horas de duración, asociados a cefalea de alta intensidad y linfocitosis en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se trata de una entidad infrecuente con excelente pronóstico. Se presenta el caso de un *stroke mimic* por síndrome HaNDL.

Material y métodos: Varón de 31 años, fumador, que acude como Código Ictus por síndrome deficitario hemisférico derecho completo (TACI derecho) de 2 horas de evolución y cefalea en trueno asociada.

Resultados: En la exploración se objetiva PA 140/80 mmHg, síndrome hemisférico derecho completo y signos meníngeos. En la TC multimodal urgente, hipoperfusión en territorio de ACM izquierda, sin datos de isquemia aguda en TC basal ni oclusiones vasculares en angioTC. Se realiza punción lumbar para estudio de LCR, con 298 leucocitos (95% mononucleares), proteínas 175 mg/dl, glucosa 64 mg/dl y estudios microbiológicos negativos. El paciente presenta resolución completa de los síntomas a las 5 horas desde el inicio.

Conclusión: Ante la presencia de focalidad neurológica deficitaria asociada a cefalea en trueno y linfocitosis en LCR, es necesario incluir en el diagnóstico diferencial el síndrome HaNDL, además del síndrome de vasoconstricción cerebral reversible o una meningoencefalitis infecciosa. El pronóstico del síndrome HaNDL es generalmente bueno, su tratamiento es sintomático y son frecuentes las recurrencias en los primeros 3 meses. Es importante conocer este síndrome para poder identificarlo en la práctica clínica.

Cefaleas P5

21186. PAPEL DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO (SNS) EN LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA (VHI) Y COMORBILIDAD. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Goizueta San Martín, G.¹; Ruiz Rodríguez, G.²; Rivera Martínez, M.³; Martín Albarrán, S.⁴; Serrano, I.⁵; González Hidalgo, M.²

¹Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Santa Cristina; ²Servicio de Neurofisiología Clínica.

Complejo Universitario de San Carlos; ³Complejo Universitario de San Carlos; ⁴Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Santa Cristina; ⁵Unidad de Investigación. Complejo Universitario de San Carlos.

Objetivos: Confirmar la sensibilización del sistema nervioso central (SNS) y su importante papel mediante la respuesta simpático-cutánea (RSC) en la génesis de esta enfermedad y comorbilidad (migraña).

Material y métodos: Consentimiento informado y aprobación del Comité Ético del hospital. Se estudia la RSC en 100 sujetos control. Grupo 0 (54 pacientes con VHI), Grupo 1 y 25 excluidos por otras patologías. Se hace también estudio de pacientes con VHI y migraña episódica (11 pacientes) como comorbilidad importante asociada (Grupo 2). En todos los grupos se realiza estudio estadístico analizando parámetros de latencia, amplitud y persistencia de la RSC con comparación entre ellos.

Resultados: El estudio realizado muestra diferencias estadísticamente significativas de la RSC entre el grupo de VHI y control, así como con el grupo de VHI y migraña.

Conclusión: El estudio realizado confirma una hiperactividad, falta de inhibición o ambas del SNS en los pacientes con VHI en relación con los controles sanos. Por el contrario, los pacientes con VHI y migraña muestran una hipofunción significativa del mismo. La RSC es una prueba objetiva y fiable. Puede utilizarse como un biomarcador para el diagnóstico de VHI y migraña, para evaluar la eficacia de las medicaciones utilizadas para este fin y quizás para emplear nuevos tratamientos.

20494. IMPACTO DE LA MIGRAÑA EN LA CALIDAD DE VIDA Y LIMITACIONES PROFESIONALES DE LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS

Ramírez Moreno, J.¹; Castrejón Galán, M.²; Valverde Mata, N.¹; Parejo Olivera, A.¹; Mesa Hernández, M.¹; Jiménez Arenas, M.¹; Blanco Ramírez, P.¹; Córdoba, I.¹; García-Falcón, M.¹; Ceberino, D.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; ²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura.

Objetivos: El objetivo fue evaluar el efecto de la migraña entre los profesores universitarios en aspectos de calidad de vida, discapacidad y limitaciones profesionales.

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Población elegible: profesores de la Universidad de Extremadura con migraña. Procedimiento de recogida de información: encuesta estructurada *on-line*. La discapacidad originada por la migraña se midió con los cuestionarios MIDAS y HIT-6. Evaluamos el nivel de limitación en los dominios: personal, familiar, social y laboral. Para valorar el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa laboral empleamos el cuestionario ERI.

Resultados: n = 54, 54% mujeres, edad media: 48,3 (10,6) años. Migraña con aura: 55,6%. Media de días con cefalea al mes: 4,0 (3,6) con una intensidad de 7/10. El 70% declaró una repercusión negativa de la migraña en su labor docente, media de 2,0 (3,0) días al mes, esta se asoció con falta de concentración, falta de motivación, absentismo, presentismo y abandono temporal de la actividad laboral. La puntuación en la escala MIDAS: 14,4 (18,6), más elevada en la mujer que en el hombre. La puntuación en la Escala HIT-6: 58,9 (9,1), también superior en mujeres (impacto muy grave). Encontramos una correlación significativa entre las escalas anteriores y el nivel de limitación en los dominios personal, familiar, social y laboral. El esfuerzo laboral: 6,7 (2,3) puntos y el exceso de compromiso laboral: 13,7 (4,0), ratio esfuerzo-recompensa: 1,0 (0,4).

Conclusión: Los profesores universitarios con migraña experimentan un impacto negativo en su calidad de vida, con afectación social, laboral y familiar. En tres cuartas partes afecta su desempeño profesional, especialmente en términos de concentración, siendo más pronunciado en mujeres.

21543. ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y LA CRONICIDAD DE LA MIGRAÑA: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UNA UNIDAD DE CEFALÉAS

Polanco Fernández, M.; Gangas Barranquero, L.; Loza, R.; Manrique Arregui, L.; Madera Fernández, J.; Hergueta, M.; Arribas, L.; Pascual, J.; González Quintanilla, V.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: Analizar la calidad del sueño y el impacto sobre la migraña en una muestra de pacientes atendidos en consultas monográficas de cefaleas en nuestro centro.

Material y métodos: Se recogieron las características de la migraña, desencadenantes, tratamientos utilizados y discapacidad generada (MIDAS). Se estudió el grado de somnolencia diurna mediante la Barcelona Sleeping Index (BSI), escala Epworth (ES) y Stanford (SS) y la calidad de sueño (Pittsburgh Sleep Quality Index, PRQI) de forma prospectiva en pacientes atendidos en consultas monográficas de cefaleas en mayo de 2024.

Resultados: En total, 103 pacientes (85,4% mujeres; 40% migraña crónica (MC)) completaron el cuestionario. El 61,7% reconocen el sueño como uno de los principales desencadenantes de migraña y solamente el 12,1% refieren una buena calidad de sueño. Los pacientes con MC mostraron mayor puntuación en discapacidad (MIDAS: $\chi^2 = 4,451$; p = 0,035), mayor somnolencia diurna (BSI: $\chi^2 = 9,984$; p = 0,002; SS: U de Mann-Whitney; p = 0,000) y peor calidad del sueño (PSQI: $\chi^2 = 5,973$; p = 0,015) que los pacientes con migraña episódica (ME). Solo el 33% de los participantes no había precisado hipnóticos en algún momento y el 25,5% los consumen de forma habitual.

Conclusión: Las pacientes con migraña, especialmente MC, tienen peor calidad subjetiva del sueño y una mayor somnolencia diurna. Los neurólogos deben preguntar y conocer el impacto de estas alteraciones en el tratamiento y potencial cronificación del dolor. Se requieren estudios empíricos longitudinales para mejorar nuestra comprensión de esta relación.

21040. BENEFICIOS OBTENIDOS EN PACIENTES CON MIGRAÑA CON LA INTRODUCCIÓN DEL TRATAMIENTO MONOCLONAL EN IMPACTO, DISCAPACIDAD Y COMORBILIDADES

Escobar Padilla, C.; Albajar Gómez, I.; Núñez Manjarres, G.; Lijeron Farel, S.; Ayuso García, D.; Álvarez Agoues, A.; García Martín, V.; López de Munain Arregui, A.; Ruibal Salgado, M.; Mínguez Olaondo, A.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

Objetivos: Evaluar el efecto de la introducción del anticuerpo monoclonal (AMC) en pacientes con migraña en cuanto a impacto, discapacidad, ansiedad y depresión, así como su análisis económico.

Material y métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo en pacientes con ≥ 8 días de migraña/mes. Se analizaron las variables demográficas y clínicas, así como las puntuaciones previas y posteriores al inicio del AMC en las escalas HIT-6, MIDAS, HADS y gasto económico.

Resultados: 82 pacientes, 64 (78%) con migraña crónica y 68 (83%) mujeres. Se describen la puntuación pre y postratamiento, así como la significación estadística y d de Cohen: HIT-6 68,13 vs. 60,52 (p = 0,00005; d de Cohen: -0,77), MIDAS 97,01 vs. 46,35 (p = 0,000002; d de Cohen: -0,71), HAD-A 11,14 vs. 9,65 (p = 0,08) y HAD-D 9,79 vs. 7,63 (p = 0,00019; d de Cohen: -0,49). En los 46 que se obtiene una respuesta favorable (reducción del $\geq 50\%$ de la frecuencia de migraña) tras el inicio del AMC: HIT-6: 66,46 vs. 57,25 (p = 0,0011; d de Cohen: -0,92); MIDAS: 86,41 vs. 20,70 (p = 0,0000003; d de Cohen: -1,25); HAD-A: 9,65 vs. 8,25 (p = 0,07), HAD-D 8,17 vs. 6,43 (p = 0,0008; d de Cohen: -0,45). En el gasto producido en los 12 meses posteriores al AMC observamos asociaciones bajas, salvo para MIDAS que muestra una correlación media (d de Cohen: 0,463).