

Conclusión: Tras el inicio de AMC existe una reducción en el impacto y discapacidad en todos, aunque es mayor en los que la frecuencia se reduce en $\geq 50\%$. El mayor beneficio se da en la discapacidad (MIDAS) después del tratamiento, siendo la correlación positiva con un menor gasto económico en estos pacientes.

20115. NEURALGIA LAGRIMAL, UNA NEURALGIA CRANEA POCO COMÚN

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

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La neuralgia lagral ha sido descrita recientemente como una causa de dolor orbital y periorbital. El nervio lagral es una de las tres ramas de la división oftálmica del nervio trigémino (V-1), que inerva la glándula lagral, el párpado superior lateral y una pequeña área cutánea adyacente al canto externo.

Material y métodos: Un hombre de 46 años consultó por dolor punzante y presión continua de intensidad moderada a grave, con exacerbaciones ocasionales, en el territorio lateral de su párpado superior izquierdo y un área adyacente de la sien. La exploración neurológica solo mostró alodinia local pero no hipoestesia en el área dolorosa. La palpación del nervio en el ángulo superoexterno de la órbita desencadenaba dolor local. Había sido tratado con duloxetina 60 mg durante 6 meses sin mejoría.

Resultados: Propusimos un bloqueo anestésico del nervio lagral, inyectando 0,3 cc de bupivacaína al 2% con una aguja de calibre 25, a través del borde lateral del cojín de grasa de la ceja y dirigido hacia arriba y lateralmente hacia la sien. Esto consiguió un alivio completo y duradero, confirmando el diagnóstico.

Conclusión: La neuralgia lagral debe ser considerada entre las causas neurálgicas de dolor orbital y periorbital. Los bloqueos nerviosos superficiales pueden ayudar a los médicos en el diagnóstico y también pueden ser una opción terapéutica.

20253. CARACTERIZACIÓN DE LA CARGA INTERICTAL: MÁS ALLÁ DE LOS DÍAS SIN DOLOR

Sánchez Huertas, A.; Lorenzo Diéguez, M.; Portocarrero Sánchez, L.; Díaz de Terán, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: La carga interictal (CI) se define como el conjunto de síntomas que los pacientes con migraña experimentan fuera de los períodos de crisis. Nuestro objetivo es analizar la presencia de CI, así como la implicación de los tratamientos preventivos sobre ella.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo con pacientes en una Unidad de Cefaleas. Se incluyeron pacientes con migraña que iniciaron tratamiento con onabotulinumtoxinA (onabotA) o anticuerpos anti-CGRP entre enero y febrero de 2023 y se siguieron durante 3 meses. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, días de migraña mensuales (DMM), tasa de respuesta definida $\geq 50\%$, reducción del número de días de cefalea, consumo mensual de AINE, triptanes y datos de CI determinados por la Migraine Interictal Burden Scale-4 (MIBS-4).

Resultados: 100 pacientes (90% mujeres), edad media de 46 años. La media de DMM: 17 al inicio y 7 a los 3 meses. 11% migraña episódica de baja frecuencia; 20% migraña de alta frecuencia; 69% migraña crónica. 86% experimentó síntomas interictales como fotofobia (27%), alodinia (22%), bradipsiquia (16%), astenia (11%), fonofobia (4%) y náuseas (4%). El impacto en la calidad de vida fue notable en los pacientes con más de 6 DDM, con un consumo medio mensual de 26 AINE y 15 triptanes.

Los pacientes redujeron sus DDM y medicación sintomática, así como mejoría significativa en la puntuación MIBS-4 tras el tratamiento con onabotA (41%) o anticuerpos anti-CGRP (57%).

Conclusión: La CI es frecuente, proporcional a los DMM y a las necesidades de tratamiento sintomático. Detectamos una reducción de esta tras administración de anticuerpos anti-CGRP y onabotA.

20439. PRIMEROS RESULTADOS DE RIMEGEPEANT COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Cano Orgaz, A.¹; Cordero, A.²; Sánchez, A.²; Casado, V.¹; Sanz, P.¹; Muriana, D.¹; Guanyabens, N.¹; Álvarez, M.¹; Palomeras, E.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; ²Servicio de Farmacia. Hospital de Mataró.

Objetivos: Analizar los primeros resultados obtenidos con rimegepant en pacientes con migraña episódica de alta frecuencia en un hospital comarcal.

Material y métodos: Se han analizado los resultados de los primeros pacientes que han completado tres meses de tratamiento con rimegepant desde su comercialización para el tratamiento preventivo de la migraña episódica de alta frecuencia. Analizamos la eficacia medida como disminución de días de cefalea al mes, así como la aparición de efectos secundarios.

Resultados: 20 pacientes (75% mujeres y 25% hombres, edad media 55 años). Media de tratamientos preventivos previos de 7. El 80% había fracasado a uno o más anticuerpos monoclonales contra el CGRP. Un 35% mostraron una mejoría significativa (10% del 30-50% y 25% > 50%) en los días de migraña al mes. Los efectos secundarios más frecuentes fueron náuseas y somnolencia y los presentaron un 30% de los pacientes. En 2 casos (10%) llevaron a la discontinuación del tratamiento.

Conclusión: A pesar de que la mayoría de pacientes habían sido refractarios a múltiples tratamientos preventivos, un número no despreciable de ellos respondieron al tratamiento preventivo con rimegepant. Los efectos secundarios, aunque leves, se observan en un tercio de los pacientes y pueden llevar a la discontinuación del tratamiento.

21507. CEFALEA EN TRUENO CON FOCALIDAD NEUROLÓGICA: AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gutiérrez Bedia, P.; Cid Izquierdo, V.; Malaret Segurado, M.; Obregón Galán, J.; Maruri Pérez, A.; Ortega Macho, J.; Porta Etessam, J.; González García, N.; Horga Hernández, A.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La cefalea en trueno es aquella que aparece de forma brusca y repentina, alcanzando máximo dolor en segundos. Se trata de una urgencia neurológica que obliga a descartar causas secundarias, entre las cuales se encuentran la hemorragia subaracnoidea (HSA) y el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Existen sin embargo otras posibilidades que debemos tener en cuenta, entre las que se encuentra el síndrome de HANDL.

Material y métodos: Varón de 27 años, sin antecedentes relevantes, que acude a Urgencias con alteración del lenguaje e hipoestesia en hemicuerpo derecho, junto a cefalea bifrontal de instauración brusca y EVA 10/10. Se activa código ictus.

Resultados: La exploración neurológica revela afasia motora comunicativa e hipoestesia tactoalgesica en las extremidades derechas (NIHSS 2). TC craneal y angioTC multifase sin hallazgos. Se realiza punción lumbar con sospecha de HSA, revelando hiperproteinorraquia (75 mg/dl) sin consumo de glucosa (63 mg/dl); en citometría se observa 1 hemátie y 70 células (100% mononucleares). El estudio microbiológico fue negativo y la RM precoz también fue normal. Se administró dexketoprofeno y la clínica neurológica se resolvió en 12 horas. No ha presentado recurrencias.