

**Material y métodos:** Datos demográficos (edad, sexo, tiempo de evolución), clínicos (brotes, EDSS), *naïve* o cambio, eficacia clínica (brotes, progresión de discapacidad) y NEDA.

**Resultados:** N = 40 con más de 1 año de tratamiento. Grupo ocrelizumab (n = 28) vs. pivotales: edad  $36,6 \pm 9,7$ ; 37,1. Sexo femenino: 53,6%; 65%. Tiempo desde el diagnóstico:  $4,59 \pm 6,7$ ; 3,8-4,1. *Naïve*: 39,3%; 73%. Brotes año previo:  $1,4 \pm 0,8$ ; 1,3. EDSS basal:  $2,1 \pm 1,8$ ; 2,7. Tasa anualizada brotes año 1 y 2:  $0,04 \pm 0,18$ ; 0,15. Progresión EDSS año 2: 17,9; 7,6-9,8%. NEDA año 2: 52,6 vs. 48%. Ofatumumab (n = 12) vs. pivotales: edad  $46,8 \pm 6,1$ ; 38,9. Sexo femenino: 33,3%; 66-68%. Tiempo evolución:  $12,1 \pm 10$ ; 5,7. *Naïve*: 33,3%; 40,5-41%. Brotes año previo:  $0,92 \pm 0,6$ ; 1,2-1,3. EDSS basal:  $2,8 \pm 2,1$ ; 2,9  $\pm 1,3$ . Tasa brotes año 1: 0,0; 0,11. Progresión año 1: 16,7%; 8,2-11,3%. NEDA año 1: 75%.

**Conclusión:** Nuestros pacientes con ocrelizumab no difieren basalmente en relación con los pivotales. Los datos de eficacia muestran mayor descenso de la tasa de brotes, pero un mayor porcentaje de pacientes con progresión de la discapacidad. Los datos NEDA a los 2 años son similares. En el grupo de ofatumumab hemos detectado un perfil de más edad y tiempo de evolución, menos activo, pero con buenas cifras de NEDA al año. No hay diferencias significativas de efectividad entre ambos productos.

## 21395. EFECTIVIDAD DE ALEMTOZUMAB A LARGO PLAZO EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Puy Núñez, A.<sup>1</sup>; González Suárez, I.<sup>2</sup>; López Real, A.<sup>3</sup>; Suárez Moro, R.<sup>4</sup>; González Quintanilla, V.<sup>5</sup>; Pato Pato, A.<sup>6</sup>; García Estévez, D.<sup>7</sup>; Rodríguez Regal, A.<sup>8</sup>; Ramos Rúa, L.<sup>9</sup>; Lorenzo González, J.<sup>6</sup>; Peña Martínez, J.<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Povisa; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario de Pontevedra; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Agustín de Avilés.

**Objetivos:** Estudio observacional multicéntrico para analizar la efectividad de alemtuzumab tras 5 años del inicio del tratamiento.

**Material y métodos:** 263 pacientes con EMRR iniciaron tratamiento con alemtuzumab (71% mujeres). Edad media:  $39,0 \pm 9,0$  años. Duración media de la enfermedad:  $8,1 \pm 6,8$  años. Media de tratamientos previos:  $2,3 \pm 1,2$ . Principal motivo de cambio: ineficacia (78%). 33 pacientes (13%) fueron *naïve*. Tasa anualizada de brotes (TAB) el año previo:  $1,1 \pm 0,95$ . Puntuación media de EDSS basal:  $3,0 \pm 1,56$ . Duración media del seguimiento:  $4,8 \pm 2,3$  años (mediana = 5; 0-8,8). Recibieron 2 ciclos de tratamiento 240 pacientes, 43 necesitaron un tercero. Se registraron 48 abandonos (18%), 50% por ineficacia.

**Resultados:** La reducción significativa de la TAB que se vio en los primeros 2 años de tratamiento ( $0,16 \pm 0,42$ ; n = 225) se mantuvo estable a los 5 años de seguimiento ( $0,05 \pm 0,23$ ; n = 138) y la puntuación media de EDSS permaneció similar a su basal durante este tiempo ( $3,02 \pm 1,54$  a  $3,15 \pm 1,92$ ; n = 138). Un 21% de pacientes mejoraron su discapacidad y un 49% se mantuvieron estables (n = 112). Además, el número de pacientes con nuevas lesiones en T2 disminuyó del 30 (n = 202) al 8% (n = 80). El NEDA3 acumulado en estos 5 años del tratamiento se sitúa en un 47%.

**Conclusión:** En nuestra práctica clínica, alemtuzumab ha demostrado mantener su efectividad a largo plazo, tanto sobre parámetros clínicos como radiológicos.

## 21056. PERSISTENCIA Y EFECTIVIDAD DE FÁRMACOS DE MODERADA EFICACIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (PWMS). DATOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Pose Cruz, E.; Torres Iglesias, C.; Sequeiros Fernández, S.; López Caneda, C.; Alonso García, G.; Dorta Expósito, B.; Fernández Martín, I.; Castro Montenegro, A.; Aguado Oliveira, A.; Ogando Pérez, S.; Aguado Valcárcel, M.; Álvarez Rodríguez, E.; Sánchez Franco, C.; González Suárez, I.

*Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

**Objetivos:** Más de 15 terapias modificadoras de la enfermedad (TME) están autorizadas para el tratamiento de la EM; sin embargo, no disponemos de ensayos comparativos entre los TME de moderada eficacia. Nuestro objetivo es comparar la efectividad y persistencia terapéutica de los TME de primera línea: teriflunomida (TER), dimetilfumarato (DMF) e inyectables (INY).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se reclutaron pacientes con EM que comenzaron con INY (132), DMF (130) y TER (138) entre enero de 2015 y febrero de 2024. La interrupción del tratamiento se definió como el cese de los DMT durante 6 meses. La eficacia se ha evaluado utilizando NEDA-2 (ausencia de recaídas y/o progresión de la discapacidad) y NEDA-3 (NEDA-2 más ausencia de nuevas lesiones T2 o lesiones con realce de gadolinio en RM).

**Resultados:** Se reclutaron 400 pacientes. Los pacientes con INY tuvieron una mayor tasa de abandono (62,12%), en comparación con DMF (43,08%) y TER (40,58%) ( $p < 0,001$ ). La persistencia del tratamiento fue mayor con DMF y menor con INY ( $p = 0,01$ ). En el primer año, el 79,82% de las PwMS permanecieron en NEDA-2 y el 59,94% en NEDA-3. NEDA-2 fue mayor en TER el primer año (TER 86,99%; INY 77,45%; DMF 73,83%;  $p < 0,05$ ). No se han observado diferencias en el análisis de supervivencia en NEDA-2 y NEDA-3 entre TME ( $p = 0,27$ ;  $p = 0,95$ ).

**Conclusión:** En nuestro estudio existe una mayor tasa de interrupción y menor persistencia en el tratamiento con inyectables, sin observarse diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de los 3 TME.

## Enfermedades desmielinizantes P3

### 20612. PROBABLE ENCEFALOPATÍA INFLAMATORIA ASOCIADA A LEVAMISOL

Warnken Miralles, M.; Mahiques Ochoa, P.; Lapeña López, C.; Farrerons Llopert, M.; Ros Arlanzón, P.; Montero Pardo, L.; Ruiz-Escribano Menchén, L.

*Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos:** El levamisol, un antihelmíntico cuyo uso actual se limita al ámbito veterinario, es un edulcorante de la cocaína muy extendido mundialmente. Puede causar un cuadro de encefalopatía inflamatoria asociada a levamisol (LAMIE), probablemente como una respuesta inmune exagerada, que plantea un diagnóstico diferencial con otras patologías desmielinizantes. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de un caso probable de LAMIE.

**Material y métodos:** Hombre de 32 años que ingresa por alteración del lenguaje y de la coordinación de una semana de evolución. Las dos semanas previas había iniciado un consumo abusivo de cocaína.

**Resultados:** Exploración: paresia facial y dismetría de extremidades izquierdas, marcha con aumento de base e hiperreflexia en extremidades izquierdas. Estudio inicial de sangre y TC normales. RM cerebral con lesiones desmielinizantes supra e infratentoriales, con afectación periventricular, subcortical, en protuberancia y en pedúnculo cerebeloso izquierdos. Punción lumbar: glucosa 59 mg/dl, proteínas 110 mg/dl, leucocitos 40/ $\mu$ l (94% mononucleares), con estudio de