

**Material y métodos:** Descripción desde un punto de vista clínico-radiológico.

**Resultados:** Varón de 31 años, consumidor de cocaína, con un cuadro de encefalopatía de curso subagudo con marcadas alteraciones conductuales. A la exploración, desorientación en tiempo y espacio, inatención, apraxia ideomotora, alteraciones del lenguaje, incapacidad para obedecer órdenes complejas e impulsividad. Analíticas sanguíneas y punción lumbar sin hallazgos relevantes. Cocaína positiva en orina. En resonancia magnética (RM) se observan múltiples lesiones focales mal definidas, la mayoría localizadas en sustancia blanca subcortical y periventricular supratentorial bilateral, algunas con configuración en "capas de cebolla", sugestivas de etiología inflamatoria desmielinizante, planteando una esclerosis tipo Baló. Sin mejoría tras tratamiento con corticoides a dosis elevadas. Con plasmaféresis, franca mejoría cognitiva, conductual y radiológica, con reducción del tamaño y restricción de las lesiones. Al seguimiento se observó un empeoramiento conductual y radiológico, con aparición de nuevas lesiones, coincidiendo con un consumo mantenido de tóxicos. Además, reconoció haber usado levamisol para adulterar cocaína y haber inhalado grandes cantidades durante su manipulación.

**Conclusión:** El levamisol se ha utilizado como sustancia adulterante de diversas drogas ilegales, entre ellas la cocaína. Entre sus posibles efectos adversos puede producir un tipo de encefalopatía inflamatoria multifocal, que se puede confundir con un primer episodio de esclerosis múltiple o de encefalomielitis diseminada aguda. Son claves en su diagnóstico una adecuada anamnesis, exploración física y una buena elección e interpretación de las pruebas diagnósticas disponibles.

## Enfermedades desmielinizantes P4

### 20266. EFICACIA Y PREDICTORES DE RESPUESTA A FAMPRIDINA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN ESTUDIO EN VIDA REAL

Martínez Campos, E.<sup>1</sup>; Robles, M.<sup>2</sup>; Horno, R.<sup>2</sup>; Castilló, J.<sup>2</sup>; Vidal Jordana, A.<sup>2</sup>; Zabalza, A.<sup>2</sup>; Rodríguez Acevedo, B.<sup>2</sup>; Vilaseca, A.<sup>2</sup>; Arrambide, G.<sup>2</sup>; Papolla, A.<sup>2</sup>; Midaglia, L.<sup>2</sup>; Galán, I.<sup>2</sup>; Ariño, H.<sup>2</sup>; Carvajal, R.<sup>2</sup>; Mongay, N.<sup>2</sup>; Cobo Calvo, A.<sup>2</sup>; Comabella, M.<sup>2</sup>; Sastre Garriga, J.<sup>2</sup>; Tintoré, M.<sup>2</sup>; Montalban, X.<sup>2</sup>; Río, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>2</sup>Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Los estadios avanzados en esclerosis múltiple (EM) provocan alteraciones de la deambulación e importante discapacidad. La fampridina mejora la contracción del músculo esquelético y la capacidad de marcha en pacientes con EM. Este estudio pretende valorar el impacto de fampridina en vida real de pacientes con EM.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 200 pacientes con EM y alteración de la marcha (EDSS 4-7) que iniciaron fampridina. Se utilizaron las pruebas 25FWT, 2MWT y la encuesta MSWS20 (seguimiento de 12 meses). La respuesta objetiva se definió como un aumento > 20% en 25FWT; la subjetiva como un aumento > 8 puntos en el MSWS-12. El análisis estadístico se realizó con SPSSv25.

**Resultados:** Presentamos 197 pacientes, edad media de 51 años, 60% mujeres, 68% diagnosticadas de EMPS y EDSS basal de 6. Hubo mejoría significativa en todas las pruebas entre la visita inicial y posteriores ( $p < 0,001$ ). Finalizado el seguimiento, 67% pacientes respondieron a fampridina. La ineficacia subjetiva (32/67) y los síntomas gastrointestinales (8/67) fueron los principales motivos de interrupción. Una mayor edad al inicio y mayor EDSS basal se asociaron a respuesta deficiente (OR = 0,96;  $p = 0,028$ ; OR = 0,35;  $p < 0,001$ ); el sexo femenino y

mayor puntuación MSWS basal se asociaron a mejor respuesta (OR = 2,37;  $p = 0,018$ ; OR = 1,41;  $p = 0,001$ ).

**Conclusión:** En este estudio en vida real, la respuesta a fampridina fue alta, con una mejora significativa en todos los parámetros evaluados. La edad basal, el sexo, la puntuación MSWS y la EDSS basal fueron factores predictivos de respuesta. Estos resultados pueden ser útiles para identificar a los candidatos óptimos para el tratamiento con fampridina.

### 20221. DATOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL SOBRE LA EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE OFATUMUMAB A CORTO PLAZO

Montero Ramírez, E.; Arzálluz Luque, J.; Torres Moral, A.; Bocero García, A.; Dotor García Soto, J.; Ben-Yelun Insenser, M.; López Ruíz, R.; Eichau Madueño, S.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.*

**Objetivos:** El ofatumumab es un tratamiento de muy alta eficacia. Evaluamos la efectividad y tolerabilidad en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes que comenzaron ofatumumab entre diciembre de 2022 y marzo de 2024. Se recopilaban datos demográficos, características basales y clínico-radiológicas. La efectividad/tolerabilidad se evaluaron tras 6 y 12 meses.

**Resultados:** Incluimos 70 pacientes; 48 (68,6%) mujeres, con edad media  $38,3 \pm 10,1$  años y duración media de enfermedad  $10,9 \pm 9$  años. Sesenta y seis (94,3%) tenía esclerosis múltiple remitente recidivante (EMRR) y 4 (5,7%) esclerosis múltiple secundariamente progresiva (EMSP). La EDSS basal fue 3,1 (rango 0-7,5). El número medio de brotes los 2 años previos fue  $1 \pm 0,9$ . El 43,5% tuvo 10-30 lesiones supratentoriales en RMN previa; 68,1% lesiones infratentoriales y 81,8% lesiones medulares. Veinte (28,6%) eran *naïve* y el *switch* a ofatumumab fue por ineficacia (39,55,7%), falta de tolerabilidad (7,1 0%) o ambas (1,1,4%). No hubo discontinuaciones tras seguimiento medio de 7,7 meses. Solo 3 tuvieron brote en los primeros 6 meses y 5 empeoraron la EDSS el primer año: 3 por empeoramiento asociado a brote (RAW), 1 por progresión independiente del brote (PIRA) y 1 en posparto. En RMN al sexto mes se observaron nuevas lesiones en 2. Respecto al inicio ( $n = 70$ ), la mediana de EDSS al sexto mes ( $n = 45$ ; 2,5 [rango 0-6,5] vs. 2,5 [rango 0-7,5];  $p < 0,001$ ) y al mes 12 ( $n = 19$ ; 1,5 [rango 0-6] vs. 2,5 [rango 0-7,5];  $p < 0,001$ ) mostró una mejora significativa. Los eventos adversos ocurrieron en 38/62 (61,3%), principalmente en la primera inyección (28/38 [73,7%]), siendo el más común el síndrome gripal en 32/38 (84,2%).

**Conclusión:** El ofatumumab fue efectivo y bien tolerado en nuestra población, con reducción en la actividad de la enfermedad y mejora en la EDSS.

### 20415. USO DE SIPONIMOD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA EN PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO RESYZE

Díaz Sánchez, M.<sup>1</sup>; Gómez-Estévez, I.<sup>2</sup>; Aguado García, L.<sup>3</sup>; Martín Martínez, J.<sup>4</sup>; Gómez Gutiérrez, M.<sup>5</sup>; Gascón Giménez, F.<sup>6</sup>; Agüera Morales, E.<sup>7</sup>; Meca Lallana, V.<sup>8</sup>; Barrero Hernández, F.<sup>9</sup>; González Quintanilla, V.<sup>10</sup>; Romero Pinel, L.<sup>11</sup>; Delgado Gil, V.<sup>12</sup>; Durán Ferreras, E.<sup>1</sup>; Blasco Quílez, R.<sup>13</sup>; Meca Lallana, J.<sup>14</sup>; Landete Pascual, L.<sup>15</sup>; Aladro-Benito, Y.<sup>16</sup>; Boyero Durán, S.<sup>17</sup>; Gracia Gil, J.<sup>18</sup>; Caminero Rodríguez, A.<sup>19</sup>; Cano Orgaz, A.<sup>20</sup>; Eichau Madueño, S.<sup>21</sup>; Querol Pascual, M.<sup>22</sup>; Otano Martínez, M.<sup>23</sup>; Alonso Torres, A.<sup>24</sup>; Calles Hernández, C.<sup>25</sup>; López Real, A.<sup>26</sup>; Ares Luque, A.<sup>27</sup>; Lorenzo González, J.<sup>28</sup>; Gómez Vicente, L.<sup>29</sup>; Oreja Guevara, C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. IdISSC;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; <sup>4</sup>CSUR Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Universitario

Miguel Servet; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cáceres; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico de Valencia; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía. IMIBIC Universidad de Córdoba; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>11</sup>IDIBELL. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; <sup>13</sup>Unidad de Neuroinmunología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>14</sup>CSUR de Esclerosis Múltiple. Unidad de Neuroinmunología Clínica. IMIB-Arrixaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; <sup>17</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>18</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Albacete; <sup>19</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ávila; <sup>20</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; <sup>21</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena; <sup>22</sup>Servicio de Neurología. Hospitalario Universitario de Badajoz; <sup>23</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Navarra; <sup>24</sup>Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; <sup>25</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; <sup>26</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>27</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; <sup>28</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ribeira POVISA; <sup>29</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica.

**Objetivos:** Existen escasos datos en práctica clínica sobre el tratamiento con nuevos fármacos en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva activa (pEMSPa). El objetivo del estudio RESYZE fue evaluar el uso de siponimod durante el primer año de tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en pEMSPa tratados con siponimod en práctica clínica habitual. Se recopilaron datos clínicos, radiológicos y analíticos antes y durante los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 210 participantes con EMSPa. El 71,0% mujeres, con edad media  $\pm$  DE de 52,5  $\pm$  8,6 años y una duración de la enfermedad de 16,7  $\pm$  8,9 años. La EDSS basal fue de 5,7  $\pm$  1,2. El 44,3% provenían de terapias de alta eficacia: fingolimod (20,5%), rituximab (9,5%), ocrelizumab (5,2%), natalizumab (4,8%). El 85,2% no mostraron en el genotipado CYP2C9 presencia del alelo\*3, recibiendo una dosis de 2 mg de mantenimiento. Al año, el 82,8% presentaron estabilidad en términos de progresión de discapacidad, 93,8% estaban libres de brotes y el 82,1% sin actividad radiológica. El recuento basal de linfocitos medio fue de 1,70  $\times 10^3$ /ul, alcanzando 0,59  $\times 10^3$ /ul y 0,60  $\times 10^3$ /ul a los 6 y 12 meses respectivamente. El porcentaje de linfopenia grado IV a 6 y 12 meses fue 2,1% y 1,7%. No se encontró una relación entre el desarrollo de linfopenia grado IV y tratamiento previo con fingolimod o anti-CD20.

**Conclusión:** Al año de tratamiento, la mayoría de los pEMSPa no mostraron actividad clínica ni radiológica de la enfermedad con estabilización en la puntuación EDSS, junto con un perfil de seguridad favorable.

## 20308. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON NATALIZUMAB EN PAUTA EXTENDIDA

Jiménez López, Y.<sup>1</sup>; Rodríguez Herrero, R.<sup>1</sup>; Delgado Alvarado, M.<sup>1</sup>; Sánchez de la Torre, J.<sup>1</sup>; Setién Burgues, S.<sup>1</sup>; Misiego Peral, M.<sup>1</sup>; Gallo Valentín, D.<sup>1</sup>; Uriarte Estefanía, F.<sup>2</sup>; Colón López de Dicastillo, A.<sup>2</sup>; Riancho Zarrabeitia, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Sierrallana; <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Sierrallana.

**Objetivos:** Analizar diferencias a nivel de la percepción de impacto de la enfermedad y de la satisfacción con el tratamiento en una cohorte de pacientes con esclerosis múltiple (EM) tratados con natalizumab en pauta extendida (8 semanas) por riesgo elevado de leucoencefalopatía

multifocal progresiva (LMP), tras el cambio a formulación subcutánea. **Material y métodos:** Estudio prospectivo mediante escalas de impacto de la EM (Multiple Sclerosis Impact Scale, MSIS-29) y de satisfacción (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication, TSQM) administradas 2 semanas antes del cambio y a las 8 y 16 semanas tras el inicio de administración subcutánea.

**Resultados:** De un total de 17 pacientes potencialmente elegibles, 9 de ellos completaron los cuestionarios y se incluyeron en el estudio (edad media: 43,7 años; sexo femenino: n = 7 [77%]). Ninguno de los pacientes presentó actividad clínica ni radiológica en el año previo. Su puntuación mediana en la escala EDSS fue de 1,5 puntos. La puntuación mediana en el MSIS-29 fue de 73,5 (precambio), 69,5 (8 semanas) y de 87 puntos (16 semanas). En el TSQM las puntuaciones precambio a las 8 semanas y a las 16 semanas fueron de 50,5 puntos, 46 puntos y 49 puntos, respectivamente. No se documentaron problemas de tolerabilidad ni seguridad durante el periodo de estudio.

**Conclusión:** El cambio a formulación subcutánea no presentó diferencias significativas a nivel de la percepción de impacto de la enfermedad ni de la satisfacción con el tratamiento en una cohorte de pacientes de alta actividad tratados con natalizumab en pauta extendida por riesgo elevado de LMP.

## 20889. EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD DE ALTA EFICACIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE SIN TRATAMIENTO PREVIO EN COMPARACIÓN CON EL RÉGIMEN ESCALONADO

Gifreu Fraixinó, A.; Boix Lago, A.; González Platas, M.; Gutiérrez Naranjo, J.; Miguela Benavides, A.; Huertas Pons, J.; Quiroga Varela, A.; Coll Martínez, C.; Figueras Cuevas, A.; Gich Fulla, J.; Salavedra Pont, J.; Merchán Ruiz, M.; Montserrat Roses, M.; Álvarez Bravo, G.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

**Objetivos:** El inicio precoz de las terapias modificadoras de la enfermedad de alta eficacia (TME-AA) en esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) ha demostrado mejores resultados a largo plazo en pacientes con alta actividad comparado con los de moderada eficacia (TME-MA). Nuestro objetivo es comparar la eficacia de los TME-AA entre los pacientes *naïve* y los que siguieron un régimen de escalada.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluye pacientes adultos con EMRR que han recibido TME-AA con un seguimiento mínimo de 1 año. Comparamos la eficacia entre los pacientes *naïve* y los que provenían de otras TME evaluando los brotes, la discapacidad medida por Expanded Disability Status Scale (EDSS), la actividad radiológica en resonancia magnética (RM), la ausencia de actividad de la enfermedad (NEDA) y la conversión a EM secundaria progresiva (EMSP) durante el seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 86 pacientes (72,1% mujeres, mediana de edad 44,4  $\pm$  11,0). 32 pacientes (37,2%) recibieron alemtuzumab, 40 (46,5%) natalizumab y 14 (16,3%) ocrelizumab. 17 pacientes (19,8%) eran *naïve* y 69 (80,2%) provenían de otras TME. No encontramos diferencias significativas en el empeoramiento de EDSS (17,6 vs. 29%), brotes (11,8 vs. 20,3%), actividad radiológica por RM (14,3 vs. 23,2%) o NEDA (64,3 vs. 49,3%). Los pacientes *naïve* mostraron menor tasa de conversión a EMSP en comparación con los que provenían de otras TME (0 vs. 8,7%; p = 0,001).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, no pudimos demostrar que los pacientes *naïve* que recibieron TME-AA tuvieran mejores resultados en términos de discapacidad, brotes, actividad radiológica o NEDA en comparación con aquellos que siguieron un régimen escalonado.