

21095. TRATAMIENTO CON NATALIZUMAB DURANTE LA GESTACIÓN CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL PROTOCOLO NAP-30

Valero López, Á.¹; Sánchez García, C.¹; Arnaldos Illán, P.¹; Ibáñez Gabarrón, L.¹; Martínez García, F.¹; Llorente Iniesta, E.¹; Moreno Arjona, M.²; Dos Santos, C.³; Gomollón Martos, P.³; Iniesta Martínez, F.³; Valero López, G.¹; León Hernández, A.⁴; Millán Pascual, J.⁵; Meca Lallana, J.⁵

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Reina Sofía; ³CSUR de Esclerosis Múltiple. Instituto Murciano de Investigación Biomédica. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁴Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁵CSUR de Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describimos nuestra experiencia con natalizumab (NTZ) dentro de un protocolo de uso cada 6 semanas hasta la semana 30 de gestación en mujeres con esclerosis múltiple de alta actividad (EMAA) cuyo objetivo es mantener la eficacia de NTZ y reducir la exposición fetal.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó mujeres con EMAA que quedaron embarazadas entre 2018 y 2023 y decidieron mantener tratamiento con NTZ dentro del citado protocolo. Se evaluaron variables clínicas y radiológicas antes, durante y después del embarazo, así como la toxicidad materna y la seguridad neonatal.

Resultados: Quince mujeres y 19 gestaciones fueron incluidas. La edad media en el momento de la gestación fue 33 años (DE 4,40). La media de dosis previa a la gestación fue 40,3 (DE 42,7). Se observaron 3 abortos espontáneos antes de la semana 10 (15,7%). Una paciente tuvo un parto en la semana 35 de forma electiva por datos sugestivos de anemia en doppler fetal, presentando bajo peso al nacimiento (2.080 g) y anemia moderada. El resto de recién nacidos fueron a término y no presentaron ninguna incidencia al nacimiento ni durante el seguimiento (media 18 meses, DE 17,5). Ninguna de las pacientes tuvo recurrencias durante los 6 meses posparto. Las resonancias realizadas a los 3-6 meses del posparto no mostraron lesiones nuevas. Tras el parto todas reiniciaron natalizumab (3,5 días de media, DE 2,5).

Conclusión: La implementación del protocolo permitió continuar con NTZ con resultados favorables para la madre y el feto, con un porcentaje de abortos dentro del rango esperado.

20985. ESTUDIO SOBRE MANIFESTACIONES Y SÍNTOMAS SEXUALES SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN NERVIOSA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

González Platas, M.¹; Aranda Galindo, X.²; Ortega González, Y.³; Padilla Fernández, B.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ²Hospital Universitario de Canarias; ³Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

Objetivos: La disfunción sexual (DS) en pacientes con esclerosis múltiple (EM) se presenta hasta en el 60-90%. Factores emocionales y secundarios a las lesiones desmielinizantes se han relacionado con su desarrollo. Presentamos un estudio observacional transversal para valorar si la afectación de DS está influenciada por la localización de las lesiones desmielinizantes (afectación de vía piramidal vs. áreas extrapiramidales) en RM.

Material y métodos: Se solicitó la participación a 146 varones con EM en el estudio EMSEX. Se les pasó una encuesta formada por IIEF-15 que valora deseo sexual, erección, eyaculación, orgasmo y satisfacción; Calidad de vida (CV) MSQOL-54; y depresión y ansiedad HADS. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos (EDSS) y de RM de la historia clínica (tras consentimiento informado).

Resultados: Completaron los cuestionarios 36 varones. De los varones que respondieron a la encuesta, se declararon insatisfechos sexualmente el 36,11%, con falta de deseo el 22,22%, dificultad en la erección el 13,89% y dificultad para lograr el orgasmo el 50%. El componente de salud física CV fue 59,74 y de salud mental 62,80, considerando el 41,67% de los pacientes que su salud era regular. Los pacientes deprimidos (HADS) mostraron menor deseo sexual y grado de satisfacción. El 90% presenta lesiones desmielinizantes en algún segmento de la vía piramidal. No hemos encontrado ninguna correlación entre áreas afectas y problemas de DS.

Conclusión: Baja participación en el estudio (24,65 %) "tabú". Más de la mitad de los pacientes declararon tener más de un problema de DS. No encontramos correlación entre DS y áreas específicas en RM (tamaño muestral muy reducido).

20200. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: MÁS ALLÁ DE UNA ASOCIACIÓN CASUAL

Esain González, I.; Blasco Quílez, M.; Sabín Muñoz, J.; García Hernández, R.; Rodríguez de la Fuente, M.; Fuster Perna, M.; García Vaz, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: En pacientes con esclerosis múltiple (EM), el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es mayor que en la población general debido a mecanismos patogénicos comunes. Pretendemos describir el grupo con ambos diagnósticos concomitantes y evaluar su influencia en la elección del tratamiento, describiendo los casos con combinación de inmunosupresores.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes con EM en seguimiento en nuestro centro, identificando aquellos que tienen un diagnóstico concomitante de EII. Se recopilan datos demográficos, clínicos y de tratamiento y se comparan con la evidencia existente en la literatura.

Resultados: De los 1.713 pacientes con EM, 11 (0,64%) tienen un diagnóstico simultáneo de enfermedad inflamatoria intestinal (6 enfermedad de Crohn y 5 colitis ulcerosa). La edad media es de 42 años; 55% son mujeres. Un 81,8% presentan EM remitente recurrente, con un EDSS medio de 2,0. Un 45,5% presentan otra comorbilidad autoinmune, la más frecuente la espondilitis anquilosante (60%). Cuatro (36,3%) están en monoterapia con natalizumab. El resto están en combinaciones: 3 reciben ocrelizumab (27,3%), 2 teriflunomida (18,1%) y 1 fingolimod (9,1%). Para la EII, destacan mesalazina (100%) en CU y vedolizumab (66,7%) en EC.

Conclusión: La media de diagnóstico simultáneo en nuestra muestra es similar a la observada en otras cohortes. Cuando ha sido posible, se ha intentado mantener a los pacientes en monoterapia, priorizando natalizumab por su eficacia en EM y EC. Si se necesitan combinaciones de fármacos, se pueden considerar, aparte de los fármacos de la EM, mesalazina o vedolizumab, ya que no empeoran el pronóstico neurológico.

20460. EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SEGÚN EL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD

Sánchez Morales, L.¹; Cuenca Juan, F.¹; Ocaña Mora, B.¹; Gracia Gil, J.¹; Palao Rico, M.¹; Romero Sánchez, C.¹; Gómez Hontanilla, M.¹; Peñalver Sánchez, C.²; Fernández Díaz, E.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha.

Objetivos: La clínica ansiosa-depresiva (CAD) en esclerosis múltiple (EM), cuya prevalencia está aumentada respecto a la población general, es uno de los aspectos que más afectan a la calidad de vida.

Nuestro objetivo es describir la evolución de la CAD tras inicio del tratamiento modificador de la enfermedad (TME), valorando su relación con la respuesta al tratamiento y con el tipo de TME utilizado.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico recogiendo datos sobre CAD, mediante escalas BDI-II y HADS, en pacientes de EM en el momento en el que inician TME (clasificados en alta eficacia y eficacia moderada) y durante el seguimiento posterior (1-5 años). La respuesta al tratamiento se mide por criterio NEDA-3 (no brotes, actividad radiológica ni progresión). Se recogen otras características clínico-demográficas basales.

Resultados: 167 pacientes con EM fueron incluidos: 62,3% mujeres, 71% formas remitentes recurrentes, 30% TME *de novo*, 69% inician TME de alta eficacia. Se aprecia una tendencia estadísticamente no significativa a menor porcentaje de clínica tanto ansiosa como depresiva en los pacientes que mostraron respuesta al tratamiento (NEDA-3). El grupo de TME de alta eficacia presentan un mayor porcentaje de clínica depresiva que es significativo a largo plazo (4-5 años). Esta asociación no se mantiene tras ajustar por EDSS y presencia de depresión en la valoración basal.

Conclusión: No hemos podido establecer una relación definitiva de la clínica ansioso-depresiva con la respuesta al tratamiento. En nuestra muestra existe mayor prevalencia de clínica depresiva entre los pacientes con TME de alta eficacia, siendo explicada esta asociación por otros factores como la discapacidad.

21556. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABORDAJE PERSONALIZADO DE LA EM: INTEGRANDO VARIABLES CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS Y PROM

Viguera Moreno, M.¹; Marzo Sola, M.²; Sánchez de Madariaga, R.¹; Martín Sánchez, F.³; Pinillos Rubio, J.⁴

¹Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública. UNED-IMIENS; ²Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; ³Hospital Universitario La Paz; ⁴Escuela Superior de Ingeniería y Tecnología. Universidad Internacional de La Rioja.

Objetivos: La esclerosis múltiple (EM) afecta de manera diferente a hombres y mujeres, tanto en términos de prevalencia como de progresión de la enfermedad. Estas diferencias pueden influir en la clínica, respuesta al tratamiento y calidad de vida de los pacientes (CdV). Este trabajo explora las disparidades de género en pacientes con EM mediante análisis de datos clínicos y *Patient Reported Outcomes* (PROM) de una cohorte de 250 pacientes en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Utilizamos metodología *propensity score* controlando variables clave: forma de evolución de la EM, lesiones medulares y cerebrales iniciales. Esto permitió crear grupos comparables de hombres y mujeres. Los datos se analizaron empleando pruebas t para identificar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Resultados: Encontramos diferencias significativas en varias variables demográficas y clínicas. Hombres y mujeres presentaron diferencias significativas en edad ($t = 1,997$; $p = 0,047$) y tiempo desde diagnóstico y brotes previos. Clínicamente, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de Symbol Digit ($t = 2,556$; $p = 0,011$) y escala EDSS ($t = -2,489$; $p = 0,014$). Relativo a los PROM, las mujeres reportaron significativamente mayor fatiga y depresión, menor impacto cognitivo y menor CdV.

Conclusión: Estos resultados subrayan la importancia de adoptar perspectiva de género en el manejo de la EM. La individualización de la atención sanitaria puede beneficiarse de la inclusión de PROM, proporcionando una visión más completa del impacto de la enfermedad en la CdV de las personas. Este enfoque puede ayudar a desarrollar estrategias de atención centradas en el paciente que impacten de forma directa en los resultados clínicos y la calidad de vida.

20977. HETEROGENEIDAD CLÍNICA DE MOGAD EN EL ADULTO

Valera Barrero, A.¹; Loza Palacios, R.¹; Martínez Dubarbie, F.¹; Polanco Fernández, M.¹; Gangas Barranquero, L.¹; Drake Pérez, M.²; Sutil Berjón, R.²; Herguijuela Paredes, M.¹; Arribas Ortega, L.¹; Martínez de la Fuente, P.¹; Sedano Tous, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: La enfermedad asociada a anticuerpos anti-MOG (MOGAD) presenta 3 fenotipos principales: neuritis óptica, mielitis transversa y encefalomielitis aguda diseminada. La mitad de los adultos presentan un curso recurrente y la progresión es rara.

Material y métodos: Describimos tres pacientes con MOGAD.

Resultados: Caso 1: mujer de 36 años con síndrome medular incompleto a nivel dorsal con lesiones inflamatorias en hemimédula derecha a nivel de C4-C5, no longitudinalmente extensa, en tálamo y en hemiprotuberancia izquierda. LCR con pleocitosis linfocitaria y bandas oligoclonales IgG negativas. Tuvo recuperación parcial, aunque con vejiga acontractil. Varios meses después presentó un brote en troncoencéfalo con diplopia y vértigo central asociado a nueva lesión inflamatoria en hemicerebelo derecho. Estable actualmente con mafenolato de mofetilo. Caso 2: mujer de 38 años con cuadro subagudo grave de encefalomielorradiculitis con paraplejia y nivel sensitivo T6. Hallazgos licuorales similares al caso previo. En la RM se objetivó neuritis óptica bilateral, afectación trigeminal y medular extensa hasta el cono medular con realce de las raíces de la cola de caballo. Presentó una excelente evolución clínica-radiológica con megadosis de metilprednisolona y posterior pauta descendente de prednisona oral. Caso 3: mujer de 33 años con 6 episodios en los últimos 7 años de neuritis óptica inflamatoria bilateral tratadas con megadosis de MPS y plasmaféresis con secuelas de amaurosis de OI y afectación leve del OD. Tras varios inmunosupresores (azatioprina, rituximab, ciclofosfamida), actualmente se encuentra estable con MFM.

Conclusión: Nuestros casos de MOGAD demuestran la variedad clínica, complejidad diagnóstica y pronóstico reservado de esta patología.

21424. USO DEL SIGNO DE LA VENA CENTRAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Oreja Guevara, C.; Gómez Estévez, I.; García Vasco, L.; Alba Suárez, E.; Quezada Sánchez, J.; Álvarez Linera, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Estudiar el patrón del signo de la vena central (CVS) en la práctica clínica en pacientes con lesiones hiperintensas en T2 en RM cerebrales.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con EM, NMOSD, MOGAD y con diagnóstico incierto que presentaban lesiones hiperintensas en T2. Se recopilaron datos clínicos, de LCR y de OCT en casos con diagnóstico incierto. Se usaron dos métodos para confirmar EM: la “regla del 6” (al menos 6 lesiones en T2*/FLAIR* con CVS) o si al menos el 40% de las lesiones tenían CVS.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes: 5 con diagnóstico indeterminado, 4 con MOGAD, 4 con NMO y 31 con EM. Todos los pacientes con EM mostraron 70-80% de lesiones CVS+ en RM craneal y al menos 6 lesiones CVS+ en T2*/FLAIR*. Los pacientes con NMO no mostraron lesiones CVS+, y 3 de los 4 pacientes con MOGAD tenían menos de 6 lesiones CVS+. Un paciente con MOGAD y 20 lesiones T2 tuvo 9 lesiones CVS+, pero menos del 40% del total. De los cinco individuos con diagnóstico desconocido, dos no presentaban lesiones CVS: uno con migraña y otro con MOGAD. Otros dos presentaban hasta un 20% de lesiones CVS+.