



22447 - NEUMONÍA ORGANIZADA ASOCIADA A OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 4 CASOS

Martínez García, F.¹; Llorente Iniesta, M.¹; Ros Lucas, J.²; Valero López, G.¹; Millán Pascual, J.¹; Gomollón Martos, P.³; Iniesta Martínez, F.³; España Dos Santos, C.³; Hellín Gil, F.³; López Sánchez, P.³; Hernández López, C.³; Belmonte Hurtado, I.¹; Galdo Galián, D.¹; Torres Núñez, D.¹; Miñano Monedero, R.¹; Valero López, Á.¹; Sánchez García, C.¹; Morales Ortiz, A.¹; Meca Lallana, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ³Grupo de Estudio e Investigación de Esclerosis Múltiple. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con esclerosis múltiple (EM) tratados con ocrelizumab que desarrollaron neumonía organizada (NO).

Material y métodos: Revisión unicéntrica y retrospectiva de historias clínicas de pacientes con EM, ocrelizumab como tratamiento modificador de la enfermedad (TME) y diagnóstico de NO clínico, radiológico (TC) y lavado broncoalveolar (LBA).

Resultados: En una cohorte de 174 pacientes con exposición activa a ocrelizumab hubo seis casos de NO en cuatro pacientes con EMRR (3 mujeres). Edad media (DE) $50,2 \pm 8,1$ años, EDSS medio $3,6 \pm 1,1$; sin brotes ni nuevas lesiones en RM en el último año; media de $15 \pm 7,7$ años de diagnóstico de EM; mediana de 2,5 TME previos (rango: 1-3) y mediana de 9 dosis de ocrelizumab previas a NO (rango: 6-9). Al diagnóstico de NO ninguno presentaba repoblación de linfocitos B ni linfoneutropenia y solo uno hipogammaglobulinemia-IgG. Tres presentaron infección reciente previa (media $52,8 \pm 49,2$ días) por SARS-CoV-2 (dos PCR+ en LBA posinfección). Todos precisaron hospitalización y la NO se resolvió con prednisona oral (tiempo medio con corticoterapia $213,2 \pm 219,2$ días, rango: 35-510 días). Tras la resolución de la NO un paciente sigue tratamiento con inmunoglobulina humana inespecífica (NO con sobreinfección por CMV en mes +9), una paciente continúa con ocrelizumab (12.^a dosis) y dos con NO recurrente cambiaron a ofatumumab (media $7 \pm 0,5$ meses), todos sin recidiva de NO.

Conclusión: En nuestra experiencia, la NO asociada a ocrelizumab es muy infrecuente, potencialmente grave y se relaciona con infección por SARS-CoV-2. Tras su resolución, reiniciar un TME y su manejo debe individualizarse y representa un desafío clínico.