

el cual solo existe un caso descrito de neumonía organizativa (NO) tras infección por SARS-CoV-2 (iCoV2).

Material y métodos: En este estudio observacional retrospectivo se revisaron todos los pacientes con EM tratados con ocrelizumab, seguidos de manera sistemática en nuestra unidad especializada entre 2017 y 2023. Se identificaron todos los casos de NO.

Resultados: En un total de 255 pacientes, se registraron 160 iCoV2 durante el período de tratamiento con ocrelizumab (media $0,627 \pm 0,714$ infecciones/paciente) con una tasa de incidencia de 0,234 evento por paciente-año. Dos pacientes fallecieron por neumonía COVID-19 en 2020, previa aparición de las vacunas. Se identificaron tres casos de NO, todas ellas tras iCoV2 (1,8% de las iCoV2). Los pacientes recibieron una media de $3,4 \pm 1,3$ vacunas. La mediana de días transcurridos entre la última vacuna y la iCoV2 fue mayor entre los pacientes que desarrollaron NO (49, RIC 568-706) que entre aquellos que no (162, RIC 79,5-282) ($Z = -2,57$, $p = 0,0035$). Todos los pacientes tuvieron buena evolución con tratamiento corticoideo. Se cambió el tratamiento por ponésimod en 1 caso.

Conclusión: La NO tras iCoV2 representa una posible complicación en pacientes tratados con ocrelizumab. Nuestra serie sugiere que el tratamiento corticoideo es efectivo y que es posible no parar el tratamiento con ocrelizumab. La vacunación podría tener un papel preventivo. No se registraron NO criptogénicas, como las descritas con rituximab.

Enfermedades desmielinizantes II

21538. ENCEFALITIS AUTOINMUNE PEDIÁTRICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ANTICUERPOS NEGATIVOS

Olivé Cirera, G.¹; Fonseca, E.¹; Martínez-Hernández, E.¹; Guasp, M.¹; Blanco, Y.¹; Saiz, A.¹; Graus, F.¹; Armangué, T.²

¹Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital de Sant Joan de Déu.

Objetivos: Se desconoce la utilidad de los algoritmos diagnósticos actuales en niños con sospecha de encefalitis autoinmune (AE). Nuestro objetivo fue evaluar el diagnóstico de AE en la práctica clínica y comparar dos algoritmos diagnósticos en la detección de probable encefalitis autoinmune con anticuerpos negativos (ANAE).

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo de pacientes pediátrico con sospecha de AE reclutados en 40 centros españoles con información clínica cada 6 meses durante ≥ 2 años. La prueba de anticuerpos neuronales se realizó en el centro coordinador.

Resultados: Se incluyeron 729 niños (edad media 7,1 años; 383 varones [53%]) con sospecha de AE. Al último seguimiento se identificaron cuatro categorías diagnósticas: (1) AE definitivo (230/729 [32%] pacientes); (2) encefalitis de causa desconocida (81/729 [11%]: 47 [58%] no localizable, 17 [21%] tronco-cerebeloso, 14 [17%] ganglios basales y 3 [4%] síndrome tipo Klüver-Bucy); (3) infecciones del SNC (112/729 [15%]); y (4) trastornos no inflamatorios (306/729 [42%]) predominantemente epilépticos o psiquiátricos (179/306 [58%]). Los anticuerpos neuronales (85% NMDAR o MOG) solo se detectaron dentro de la primera categoría diagnóstica (150/230 [65%] pacientes). El nivel de concordancia entre los algoritmos fue excelente (índice Kappa 0,99) para el diagnóstico de AE con anticuerpos positivos y bueno (índice Kappa 0,60) para recomendación de inmunoterapia, pero bajo (índice Kappa 0,28) para el diagnóstico de ANAE.

Conclusión: En un tercio de los niños con sospecha de AE se confirmó este u otros trastornos inflamatorios bien definidos. Simuladores

frecuentes fueron infecciones, epilepsia y patología psiquiátrica. Ambos algoritmos mostraron limitaciones en el diagnóstico de ANAE con las implicaciones en tratamiento.

21574. RENDIMIENTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MOGAD EN ADULTOS Y NIÑOS

Fonseca Pérez, E.¹; Olivé Cirera, G.²; Martínez Hernández, E.¹; Guasp, M.¹; Naranjo, L.³; Ruiz, R.³; Cabrera Maqueda, J.¹; Benito, J.⁴; Íñiguez, C.⁵; García, J.⁶; Calles, C.⁷; Cano, T.⁸; Álvarez, G.⁹; González, I.¹⁰; Oreja, C.¹¹; Ros, M.¹²; Millán, J.¹³; Meca, J.¹³; Borrega, L.¹⁴; Martín, J.¹⁵; Palao, M.¹⁶; Gracia, J.¹⁷; Villaverde, R.¹⁸; Llufríu, S.¹; Blanco, Y.¹; Saiz, A.¹; Dalmau, J.¹⁹; Sepúlveda, M.¹; Armangué, T.²⁰

¹Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS); ³Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ⁶Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; ⁸Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ¹⁰Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Parc Taulí; ¹³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ¹⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; ¹⁶Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ¹⁷Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ¹⁸Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital J.M. Morales Meseguer; ¹⁹Servicio de Neuroinmunología Clínica. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Caixa Research Institute. Hospital Clínic de Barcelona; ²⁰Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital de Sant Joan de Déu. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Determinar el rendimiento diagnóstico de los nuevos criterios de MOGAD en dos grandes cohortes de adultos y niños.

Material y métodos: Estudio prospectivo multicéntrico observacional en pacientes con síndromes desmielinizantes o encefalitis, MOG-IgG positivos y seguimiento clínico ≥ 1 año. Los nuevos criterios de MOGAD fueron aplicados retrospectivamente evaluando síndromes clínicos, características clínico-radiológicas de apoyo y títulos de MOG-IgG. Los pacientes evaluados en un periodo ≤ 3 meses tras un brote (fase aguda) o posterior a 3 meses (remisión) fueron analizados por separado.

Resultados: 257 pacientes (124 adultos), mediana de edad 15 años [RIC 6-38], 54% mujeres, fueron incluidos. De los 202 pacientes evaluados en fase aguda; 158 (78%) tenían títulos altos de MOG-IgG, 36 (18%) títulos bajos y 8 (4%) anticuerpos solo en LCR. No se identificaron diferencias entre los pacientes con títulos altos y bajos, pero aquellos con títulos bajos tenían más probabilidades de tener un diagnóstico alternativo en el último seguimiento (2/36 [6%] vs. 0/158, $p = 0,012$). 230/257 (89%) pacientes presentaron características de apoyo, sin diferencias en cuanto a edad, títulos de MOG-IgG y síndromes clínicos, excepto la neuritis óptica en adultos. Los criterios tuvieron un mejor rendimiento durante la fase aguda que durante la fase de remisión (190 [94%] vs. 49 [89%] pacientes bien clasificados, $p = 0,038$) y en pacientes con MOG-IgG en suero comparados con aquellos con MOG-IgG solo en LCR (187 [96%] vs. 3 [38%], $p < 0,00001$).

Conclusión: Los criterios de MOGAD tuvieron un rendimiento similar en adultos y niños. El mejor rendimiento se obtuvo cuando fueron aplicados durante la fase aguda de la enfermedad.

20696. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO CLÍNICO ASISTENCIAL PARA LA DETECCIÓN DE PROGRESIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PROYECTO RETRATEMOS